

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1910

THÈSE

POUR LE

N°
334

DOCTORAT EN MÉDECINE

LE MUTISME

EN

ALIÉNATION MENTALE

PAR

E. FLORENVILLE

Ancien interne pr. des Asiles de la Seine

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Ancien interne aux Sanatoriums de Bligny

Ex-préparateur aux Laboratoires Bourbouze de la ville de Paris

Médaille de bronze de l'Assistance Publique

Président : M. le Professeur GILBERT BALLET

PARIS

Librairie Médicale & Scientifique

Jules ROUSSET

1, rue Casimir-Delavigne et 12, rue Monsieur-le-Prince

1910

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie.....	NICOLAS.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale.....	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.....	ACHARD.
Pathologie médicale.....	WIDAL.
Pathologie chirurgicale.....	DEJERINE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie.....	PIERRE MARIE.
Opérations et appareils.....	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.....	HARTMANN.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	GILBERT.
Médecine légale.....	CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée.....	CHAUFFARD.
	ROGER.
	HAYEM.
Clinique médicale	DIEULAFOY.
	DEBOVE
	LANDOUZY
	HUTINEL.
Maladies des enfants.....	Gilbert BALLET.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques....	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....	DELBET.
Clinique chirurgicale.....	QUENU.
	RECLUS.
	SEGOND.
Clinique ophtalmologique.....	de LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	ALBARRAN.
	BAR.
Clinique d'accouchements.....	PINARD.
	Ribemont-Dessaignes.
Clinique gynécologique.....	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile.....	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique.....	Albert ROBIN.

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
AUVRAY.	COUVELAIRE.	LANGLOIS.	NICLOUX.
BALTHAZARD.	CUNEO.	LAUNOIS.	NOBECOURT.
BRANCA.	DEMELIN.	LECENE.	OMBREDANNE.
BEZANCON (Fernand)	DESGREZ.	LEGRY.	POTOCKI.
BRINDEAU.	DUVAL (Pierre).	LENORMANT.	PROUST.
BROCA (André).	GOSSET.	LOEPER.	RENON.
BRUMPT.	GOUGET.	MACAIGNE.	RICHAUD.
CARNOT.	JEANNIN.	MAILLARD.	RIEFFEL.
CASTAIGNE.	JEANSELME.	MARION.	SICARD.
CLAUDE.	JOUSSET (André).	MORESTIN.	ZIMMERN.
	LABBE (Marcel).	MULON.	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FEMME

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GILBERT BALLE

**Professeur à la Faculté de Médecine
Médecin des Hôpitaux
Officier de la Légion d'Honneur**

AVANT-PROPOS

Avant de commencer cette étude nous tenons essentiellement à rendre hommage et à témoigner toute notre reconnaissance aux maîtres qui ont bien voulu nous guider au cours de nos études médicales.

A MM. les Docteurs Monod et Arrou dans le service desquels nous fîmes nos premiers pas en chirurgie à l'hôpital Saint-Antoine.

A M. le Docteur Deny, médecin en chef à la Salpêtrière, qui nous guida dans l'étude des maladies mentales.

A M. le professeur Kirmisson dans le service duquel nous fûmes pendant notre première année d'externat et dont nous avons suivi les cliniques chirurgicales infantiles si savantes et si profitables.

Nous n'oublierons pas non plus MM. les Docteurs Jean-Louis Faure et Legueu qui se sont succédés dans ce même service.

Nous remercions bien spécialement MM. les Docteurs Rochard et Beurnier qui furent nos maîtres à l'hôpital Tenon pendant nos deuxième et troisième années d'externat ainsi que M. le Docteur Lenormant. Nous les prions de vouloir bien agréer l'assurance de notre parfaite gratitude et de notre profond dévouement.

Nous nous souvenons aussi de M. le Docteur Queyrat médecin en chef à l'hôpital Ricord, dont nous avons été l'externe, et dans le service duquel nous nous sommes initié aux maladies vénériennes.

Nous tenons aussi à saluer M. le Docteur Guinard, médecin-directeur des Sanatoriums de Bligny (S. et O.) dont nous avons été l'interne et à le remercier de l'intérêt qu'il nous a prodigué.

Nous prions également M. le Docteur Trenel, qui a été notre chef au début de notre internat à l'asile de Moisselles, de vouloir bien agréer l'assurance de notre respectueux souvenir.

M. le Professeur Gilbert-Ballet nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Nous le prions de vouloir bien agréer l'assurance de notre respectueuse et parfaite gratitude en espérant que ce travail se rendra digne le plus possible de celui qui le couvre de sa haute protection.

Nous adressons tout spécialement nos hommages les plus sincères à M. le Docteur Leroy. C'est avec plaisir que nous nous rappelons avoir été son interne à l'asile de Moisselles pendant une année. Nous lui adressons l'assurance de notre parfaite amitié et de notre entière reconnaissance.

Nous prions notre bien cher et bien sincère ami M. Prosper Legastelois de vouloir bien accepter l'assurance de notre bien filiale amitié et affectueux sentiments. Nous le remercions de ses précieux encouragements au cours de nos études, il s'est montré pour nous un véritable père, nous lui en garderons un vif souvenir d'affectueuse gratitude.

*
* *

Pour bien fixer de suite l'objet de notre étude nous tenons à bien la spécialiser en disant que nous ne nous occuperons dans ce travail que du mutisme *purement et essentiellement psychique* et non du mutisme aphasique ou encore du mutisme de l'idiotie. Nous savons en effet que l'aphasie n'est autre qu'un trouble du langage d'origine corticale, un désordre d'origine organique qui empêchent le malade de parler non pas à cause du mauvais fonctionnement de ses facultés mais bien à cause d'une lésion des centres nerveux. Et pour en apporter de suite la preuve nous pouvons constater à l'examen d'un aphasique que c'est un malade qui souffre de ne pouvoir parler. Son attitude, sa mimique, ses gestes d'impatience sans cesse répétés, son regard tout accuse chez lui la compréhension des paroles qui lui sont adressées et auxquelles il ne peut plus rien répondre car il ne peut plus articuler ses phrases. C'est une disarthrie complète et non un vice de l'entendement.

Quant au mutisme qui se manifeste dans l'idiotie n'est-il pas également le résultat d'un trouble organique et par cela nous voulons dire la manifestation d'un arrêt de développement de toute la masse cérébrale, il rentre donc dans la classification du mutisme organique.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

En considérant le rôle du mutisme d'origine psychique dans l'ensemble des maladies mentales nous établirons tout d'abord qu'il constitue une véritable complication dans l'examen du malade. Combien est difficile, sinon impossible, l'interrogatoire que l'on fait subir à un aliéné qui se maintient volontairement ou non dans un silence complet, ou ne marmotte que quelques paroles inintelligibles. Comment déceler, saisir, étudier certaines formes de délire, certaines hallucinations si le sujet ne manifeste pas sa pensée au dehors.

De suite nous voyons l'importance de ces considérations au point de vue du diagnostic de certaines affections mentales. Il est bien difficile en effet de se rendre compte de l'état mental d'un malade qui ne répond rien ou seulement par quelques monosyllabes. Au contraire la tâche sera simplifiée si l'aliéniste se trouve en face d'un être qui étalera verbalement son délire au grand jour, parlera de ses hallucinations, des êtres imaginaires qui le persécutent. Le mutisme en aliénation mentale est donc bien une sorte de pierre d'achoppement dans la recherche du diagnostic de certaines vésanies.

Pour d'autres au contraire il fait partie des principaux symptômes et vient alors constituer un élément de diagnos-

tic (états mélancoliques avec stupeur, états catatoniques également avec stupeur, états démentiels avancés). L'état de silence et d'immobilité du sujet sont bien les reflets fidèles de son état mental et peut mettre ainsi l'aliéniste sur la voie du diagnostic qu'il recherche.

Au cours de l'observation du malade le mutisme peut être une complication ou encore devenir un précieux moyen de se rendre compte de la force de jugement et de raisonnement que le malade possède encore. C'est une complication, une difficulté de plus pour suivre l'évolution de certains aliénés, pour se rendre compte du chemin qu'il parcourt dans toutes les modifications pathologiques de son entendement. Combien de malades avons-nous en effet interrogés à leur entrée à l'asile, dont nous avons noté les réponses et qui, quelques semaines ou quelques mois après, semblaient ou améliorés ou, au contraire, dont la mémoire, l'intelligence d'après leurs réponses donnaient une véritable indication d'un affaiblissement marqué, d'un état mental progressivement en voie d'aggravation.

Nous avons dit d'autre part que pour certaines affections au contraire le mutisme psychique était un précieux moyen de se rendre compte de l'évolution intellectuelle de l'individu. Et en effet le silence obstiné du mélancolique, du catatonique est bien la confirmation d'un état de stupeur, que celle-ci soit causée par l'intensité de la douleur morale même ou par une profonde perturbation des facultés.

Dans ce court exposé nous voyons donc qu'il est intéressant de se rendre compte exactement du rôle que joue le mu-

tisme en aliénation mentale tant au point de vue du diagnostic que du pronostic et pour terminer cette introduction nous dirons que le mutisme est souvent un avertisseur très précieux pour ce qui regarde la surveillance du malade. Un aliéné en effet qui auparavant répondait aux questions qui lui étaient posées, conversait avec son entourage et qui tout d'un coup se plonge dans un silence obstiné est un individu qui, peut-être, nourrit en lui même quelque idée de vengeance ou de suicide. Les gardiens devront donc redoubler de vigilance, car ne disant absolument rien, ne proférant aucune menace ni intention d'en finir avec l'existence, il mettra brutalement son projet à exécution, profitant d'une distraction, d'une courte absence de ceux qui ont mission de le surveiller.

Tels sont les différents aspects du rôle capital que le mutisme joue dans les affections mentales.

CHAPITRE PREMIER

DES DIFFÉRENTES SORTES DE MUTISME

Le mutisme d'origine psychique nous offre à étudier différents caractères, différentes sortes, différentes modalités dans les affections vésaniques où on le rencontre le plus souvent, il varie non seulement dans son mécanisme, que nous allons traiter plus loin, mais encore dans son caractère. En nous inspirant de la classification de Séglas nous pouvons dire que le mutisme d'origine vésanique peut être :

1° *Absolu*

2° *Relatif*

3° *Continu*

4° *Intermittent*

5° *Volontaire*

6° *Involontaire*

1° MUTISME ABSOLU.

Le mutisme absolu est celui dans lequel le malade ne profère aucune parole, aucun mot, pas même le moindre marmottement, celui que l'on rencontre le plus souvent dans la forme stupide de la mélancolie, certains états catatoniques avec stupeur, etc. Il est dit absolu car que le

patient soit livré à lui-même ou qu'il soit l'objet de sollicitations sans cesse répétées de la part de son entourage, il demeure constamment dans l'atonie la plus complète. Aucune parole ne sort de sa bouche, pas même le moindre grognement : son silence est absolu, sans la moindre modification, Non seulement il ne parle pas, mais encore pas un son, pas une ébauche de syllabe ne s'échappe de sa bouche.

2° MUTISME RELATIF.

C'est une forme, où contrairement à la précédente, le malade chuchotte, marmotte. Le silence chez lui n'est pas complet, il articule à voix basse ou à voix demi éteinte quelques monosyllabes, quelques débris de phrases dont on a grand peine à saisir le sens. Chez ces malades l'interrogatoire est aussi difficile que chez ceux qui présentent la forme précédente car comme ces derniers ils sont tout aussi incapables d'élaborer la moindre réponse si courte fut-elle. C'est une sorte de mutisme absolu mais qui n'est pas arrivé à son complet développement.

3° MUTISME CONTINU.

Cette troisième forme qui nous occupe a pour relation directe la question de temps et par là nous voulons dire que l'aliéné ne parlera pas plus à un moment qu'à un autre. Il demeure *constamment* dans le silence sans que l'on puisse constater chez lui un réveil de son langage comme on peut observer ce fait par exemple dans le mutisme hystérique

où l'individu muet depuis des mois et quelquefois des années recouvre tout d'un coup l'usage de la parole. Nous retrouverons cette forme dans certaines vésanies et surtout dans les états de stupeur complète, certains délires de persécution et dans le mutisme qui résulte d'une obstination invincible du malade (négativisme).

4° MUTISME INTERMITTENT

Le mutisme intermittent est interrompu par des périodes, où le sujet après être resté plus ou moins longtemps plongé dans le silence, recommence à parler, puis retombe ensuite dans son mutisme, pour en ressortir et ainsi de suite. Nous pourrions rencontrer cette forme chez certains persécutés, certains hallucinés et surtout dans l'hystérie. Nous verrons en traitant cette question du mutisme hystérique combien il est intermittent et combien le malade retombe facilement dans le silence sous l'influence d'une émotivité quelconque et cela plusieurs fois de suite. Chez un malade atteint de mutisme intermittent, tout n'est pas perdu au point de vue de l'interrogatoire, car il y a des périodes de loquacité où il sera facile de l'interroger.

5° MUTISME VOLONTAIRE

Le mutisme volontaire est celui où la volonté de l'aliéné seule est en jeu indépendamment de toute déchéance mentale, de toutes préoccupations hallucinatoires. Le malade

conscient ne parle pas parce qu'il ne veut pas parler, par un caprice, une boutade, un entêtement que quelquefois rien ne peut vaincre. Nous allons étudier plus longuement cette forme à propos des différents mécanismes du mutisme.

6° MUTISME INVOLONTAIRE

Il provient d'un affaiblissement ou d'un arrêt de la pensée ou bien encore d'un état de torpeur, de douleur morale, d'un fait d'inhibition ou d'aboulie. Ce ne sont plus les malades qui obstinément se cantonnent dans le silence mais au contraire au lieu de résulter d'une exagération de la volonté il est le fait d'un processus *aboulique* ou *inhibitoire*. Nous allons traiter également cette question avec plus d'étendue au chapitre « Mécanisme du mutisme. »

CHAPITRE II

DES DIFFÉRENTES FORMES DE MÉCANISMES DU MUTISME PSYCHIQUE

Lorsque l'on se trouve en face d'un aliéné qui refuse obstinément de répondre ou qui manifeste verbalement sa volonté absolue de ne rien dire, reste sourd et insensible à toutes sollicitations venues du dehors, il est intéressant de se demander ce qui se passe dans l'entendement du malade et pourquoi il ne répond pas, en un mot de dégager de l'examen de ce même malade l'ensemble des motifs qui le maintiennent ainsi dans le silence.

Marchand établit une classification générale du mutisme en mutisme volontaire et mutisme involontaire. Nous allons d'après ces deux modalités nous efforcer d'établir une série de causes de mutisme psychique dont les unes dépendront uniquement du mauvais vouloir du malade, les autres relèveront de différents états mentaux pathologiques que nous allons passer en revue.

Etudions tout d'abord le mécanisme du mutisme volontaire et par suite le mécanisme des différents états dont il est une manifestation. Nous ne ferons que signaler le mutisme sciemment volontaire de l'individu qui veut se faire passer pour un aliéné dans le but d'éviter des poursuites

judiciaires, nous passerons rapidement car ce n'est pas un mutisme d'origine psychique il ne rentre donc pas dans le cadre de notre étude. Nous allons donc parcourir les différents délires causes de cette variété de mutisme et nous nous occuperons tout d'abord du refus volontaire du persécuté. Comment et pourquoi un persécuté refuse-t-il de répondre aux questions qui lui sont posées ?

Pour bien comprendre et saisir le mécanisme il faut dire que notre malade est un être qui avant tout craint ses persécuteurs et surtout *s'en méfie*. Il ne fera donc rien qui puisse favoriser les attaques de ses persécuteurs imaginaires et cela pas plus dans ses actes que dans ses paroles.

Voilà pourquoi par prudence il ne répondra jamais et ne se prêterà à aucun interrogatoire. Il craint que ses propres paroles, ses réponses ne servent à augmenter toutes les tracasseries dont il est l'objet ou ne le lui soient retournées. Le persécuté est un être méfiant qui se tient toujours sur ses gardes et pour qui le silence est un précieux moyen de garantie. Si on essaye de l'interroger ou bien il ne répondra pas du tout ou alors se cantonnera toujours dans la même réponse : « Vous le savez mieux que moi ». « Je n'ai rien à vous dire ».

Nous voyons donc qu'en étudiant le mutisme dans ses rapports avec les idées de persécution que c'est bien un silence sciemment voulu. Le malade *ne veut pas* répondre par méfiance, par crainte et obstinément il demeure dans ce même silence. En dehors de cette question de crainte le persécuté peut être encore l'objet de diverses hallucina-

tions et notamment d'hallucinations de l'ouïe. Des voix en effet venant du dehors lui intimeront l'ordre de ne rien répondre, de ne prononcer aucune parole, ces voix lui parleront à l'oreille ou bien encore elles viendront de l'intérieur même, ce sont les hallucinations psycho-motrices. Le malade généralement fait partir ces voix de sa région hypogastrique. Comme les hallucinations auditives externes elles lui commandent de ne plus rien dire et il se taiera. Aucune volonté ne viendra contrecarrer la sienne et comme l'aliéné crée ses troubles psycho-sensoriels, il les écoute complaisamment leur obéit et ne dit rien.

Un autre mécanisme de mutisme volontaire que nous aurons à étudier et à analyser davantage au chapitre de la démence précoce est le mutisme qui a pour origine le négativisme. Nous savons que le malade qui présente ce phénomène concentre toute son action, toute sa volonté à faire exactement l'opposé, le contraire de ce qu'on lui commande de faire ; lui demande-t-on de parler, de répondre, il ne le voudra en aucune façon par esprit d'opposition. Tel est le mécanisme des formes du mutisme volontaire.

Dans le mécanisme du mutisme involontaire deux classes sont à établir : 1° le *mutisme involontaire dit par inhibition ou par une sorte de maladie de la volonté* ; 2° le *mutisme que l'on rencontre chez ces malades dont la pensée est ralentie ou complètement éteinte*.

Dans le mutisme par inhibition le malade ne parle pas parce que chez lui tout effort est devenu un acte incommensurable à accomplir et, il faut bien remarquer ceci, nous le

verrons d'ailleurs au sujet de la folie intermittente, les facultés de ce dit malade sont le plus souvent conservées et il ne manque pour les mettre en jeu que l'effort nécessaire. Or, l'aliéné qui est un inhibé, se tient dans le mutisme parce que chez lui toute énergie est éteinte. Il ne peut plus fournir l'effort nécessaire à cette évocation des images, des idées, à cette synthèse en un mot sans laquelle l'homme ne peut arriver à s'exprimer.

Il voudrait bien répondre, notre malade, et pouvoir parler comme les autres mais cela lui est devenu impossible car *il ne peut plus vouloir*. Emettre un son est pour lui un tel effort qu'il préfère ne rien dire et rester ainsi dans son état d'impuissance morale.

Dans la seconde classe de mutisme involontaire la cause, l'origine n'est plus un manque d'énergie, mais bien une déchéance des facultés intellectuelles. Tout ce travail d'idéation, de coordination des idées, de choix des images, toute cette sorte de gymnastique intellectuelle se trouvent entravés ou même supprimés par cet état de douleur morale, ces visions terrifiantes qui tourmentent à tout instant le patient. Dans la mélancolie avec stupeur par exemple le malade ne parle pas parce qu'il est sidéré par la douleur morale, il est tout entier à ses préoccupations terrifiantes, il ne peut plus penser car il pense trop. La catatonie avec stupeur, les états démentiels avancés nous offrent également le tableau de ces malades muets qui restent immobiles comme figés, les yeux fixés à terre et qui ne parlent pas « parce qu'ils ne peuvent pas parler. » (Séglas).

En plus de cette obnubilation intellectuelle le malade, lorsqu'il est arrivé à un état de déchéance mentale complet, ne parle plus parcequ'il ne comprend plus le sens des paroles et des phrases. En résumé nous voyons donc bien que toutes ces causes sont bien involontaires puisqu'il est question ici d'un silence qui résulte d'une sorte de chavirement, de troubles plus ou moins marqués dans l'évocation des idées et nous pouvons conclure en disant que c'est bien loin d'être là un mutisme volontaire car le malade ressent une véritable douleur morale de l'état d'impuissance dans lequel il se trouve sans cesse plongé.

D'autres causes interviennent également pour expliquer le mécanisme du mutisme vésanique et entre autres nous citerons le mutisme par préoccupation. Dans ce dernier cas, le malade est un halluciné et le plus souvent de l'ouïe. Il écoute, écoute toujours ses voix imaginaires, se plaint en elles, et, profondément occupé à cette besogne, il ne prête aucune attention à son interlocuteur, c'est un mutisme par défaut d'attention, par distraction. Nous nous rappelons pour notre part pendant le temps de notre internat à l'asile de Moisselles (S. et O.), avoir examiné souvent de ces malades qui, assis devant leur interlocuteur semblaient même ne pas entendre les questions que nous leur posions tant ils étaient plongés dans leurs hallucinations verbales ou visuelles ; d'autres qui, avec un air distrait significatif, tendaient l'oreille ou fixaient leur regard sur un endroit quelconque de la salle d'examen comme si quelque mystérieuse ou terrifiante apparition les captait entièrement. De temps en

temps alors, on pouvait constater sur leurs lèvres un léger mouvement de chuchotement donnant ainsi l'impression d'un dialogue avec des êtres imaginaires. Nous nous efforcions alors de mener le plus habilement possible notre interrogatoire dans l'espérance d'obtenir une réponse si courte fut-elle, mais la malade demeurait dans le silence absolu. Nous avions devant nous un être dont la pensée était totalement absorbée par les hallucinations et qui ne prêtait aucune attention à notre examen. Nous avons bien là encore un mutisme par préoccupation, par distraction.

Le mutisme peut encore se rattacher à une idée délirante, variable d'ailleurs (aplasie paranoïaque de Kusmaul) et son mécanisme varie avec la forme de délire à laquelle il est rattaché. Ce sont d'abord des idées d'indignité qui assaillent le malade à tout instant, il se croit le plus grand pécheur, le plus grand criminel de la terre, l'être coupable indigne de toute communication avec ses semblables. Voilà pourquoi il juge son état d'infériorité si grand qu'il se cantonne dans le silence quelquefois le plus absolu tant il est pénétré de sa grande culpabilité. C'est un mutisme dont le délire d'humilité est la seule cause.

La mégalomanie ou délire des grandeurs s'observe également comme source de l'affection que nous étudions. Le malade se croit Dieu, Empereur, roi, le soleil, etc, il a une considération exagérée de sa personnalité, il se juge au dessus de tous les mortels, de tout ce qui l'entoure par sa nature divine ou royale. Ayant un souverain mépris pour son entourage il ne daigne même pas lui adresser la parole.

Vient-on à l'interroger ou à lui parler seulement, il regarde son interlocuteur d'un air hautain et lui tourne le dos sans se donner la peine de lui répondre. Le malade se maintient dans le mutisme ou ne parle que très rarement par la très haute considération qu'il a de lui-même et la souveraine pitié qu'il possède envers les personnes qui l'entourent.

Les idées hypochondriques expliquent encore certaines formes de mutisme. Telles sont par exemple les idées d'empoisonnement. Le malade est persuadé qu'en ouvrant la bouche il avalera des substances nuisibles capables de compromettre sa vie ou de lui faire naître une maladie infectieuse quelconque ou bien alors extériorisant son délire, le malade en ouvrant la bouche craint d'empoisonner ses semblables ou de les faire mourir. C'est ainsi qu'une malade hypochondriaque en séjour dans un hôpital se figurait que les femmes qui décédaient autour d'elle mouraient par la fétidité de son haleine, et dans cette crainte elle n'ouvrait la bouche à aucun moment du jour ou de la nuit, pas même pour parler. Nous voyons donc, que comme naturellement il faut ouvrir la bouche pour articuler les mots et les phrases le malade, pénétré par son idée délirante, préférera ne rien dire plutôt que de courir le danger de contracter quelque maladie ou alors de faire disparaître ses semblables par les mauvaises odeurs qui pourraient s'échapper de sa bouche ; il se taira, et son mutisme est bien d'origine hypochondriaque.

Enfin une autre cause de mutisme en aliénation mentale, dont le mécanisme s'offre maintenant à notre étude sont

les idées de négations. Qu'est-ce donc qu'une idée de négation ? Le malade atteint de ce délire nie tout et peut même arriver à se nier lui-même. Il croit que certains organes lui manquent, il n'a plus d'estomac, plus d'entrailles, plus de foie ; le cerveau, le larynx, la voix tout cela a disparu chez lui.

Son délire atteint même les facultés psychiques, car il n'aura plus de mémoire, plus de pensées, d'idées, son intelligence est complètement éteinte. D'après ce court exposé du délire des négations nous voyons que le malade arrive à nier les organes et même les facultés directement liés à la fonction du langage et n'a plus de larynx, plus de voix, sa pensée est arrêtée, toutes les opérations psychiques indispensables à la traduction de la pensée, idéation, synthèse, mémoire verbale des mots, cet ensemble n'existe plus et persuadé de ce fait il ne parle pas, il reste muet, son mutisme peut n'être pas absolu en ce sens que si on lui en demande la raison, de suite, il étale verbalement son délire pour retomber dans le silence peu après.

Poussant encore plus loin ses idées délirantes, l'aliéné arrive à se nier lui-même, il est mort depuis longtemps, toute vie en lui est éteinte, il n'a donc plus de rapport à avoir avec le monde extérieur, il n'a donc plus besoin d'exprimer verbalement sa pensée et il se tait. Chez ces malades on a souvent constaté le refus de nourriture en même temps que le refus de parler.

Nous venons de parcourir les différents mécanismes de mutisme et en nous résumant nous avons vu que les uns

tiennent de la volonté du malade, les autres au contraire sont le fait d'aboulie, d'inhibition et complètement involontaires, d'autres enfin tiennent essentiellement d'une idée, d'une conception délirante (persécution, délire, des négations etc). Nous allons maintenant étudier l'affection qui nous occupe, dans les différents états, les différentes formes de maladies mentales où on le rencontre le plus souvent.

CHAPITRE III

LE MUTISME PSYCHIQUE DANS LES DIFFÉRENTES AFFECTIONS MENTALES

Mélancolie affective

Avant d'étudier le mutisme dans cette affection, d'en discuter et d'en rechercher la cause, nous allons auparavant esquisser le tableau de cette maladie mentale, car, de cette étude même, nous pourrions dégager le pourquoi, la raison du silence de certains mélancoliques. L'aspect du malade est éloquent pour la description de cette vésanie.

Le mélancolique s'offre à nos regards comme un être en état de douleur morale et de prostration. Examinons avec soin son faciès, et nous verrons une physionomie complètement les sourcils sont contractés ainsi que le muscle frontal les angles de la bouche abaissés, les traits relâchés, l'abaissement des commissures labiales est tel que le malade laisse souvent sa salive s'écouler au dehors, les yeux sont tournés vers lesol, les membres pendants et les quelques mouvements que peut faire le malade sont rares et d'une exécution lente quelquefois cependant ce faciès morne et apathique prend l'expression de la douleur, du désespoir. Et en

effet nous allons caractériser le mélancolique en disant que c'est un être qui souffre moralement et que cette souffrance est due à un état d'impuissance que le malade possède avec une très grande intensité ; la mélancolie a donc deux symptômes bien caractéristiques : 1^o la douleur morale, 2^o l'inhibition. Nous allons étudier ces deux états et montrer qu'ils sont pleinement en rapport avec le sujet de notre travail

La douleur morale se traduit surtout chez les déprimés, et une seule phrase dépeint cet état en disant que, comme nous le disions plus haut, cette douleur a pour cause l'impuissance, l'inhibition dans lesquelles se trouve l'aliéné d'autant plus aigu que dans les formes pas trop avancées de la maladie le patient se souvient de son état cérébral antérieur, état de plénitude de ses facultés et il n'en souffre que davantage. Mais là ne se bornent pas les modifications psychiques, le mélancolique est encore un déprimé psychique, un être chez lequel toutes les fonctions intellectuelles sont ralenties par l'intensité même de cette douleur morale ou même complètement supprimées dans les formes ultimes de l'affection. Toutes ces modifications atteignent leur maximum dans l'état mélancolique ou stupide ; sous quel aspect ces modifications se présentent-elles ?

Comme nous le disions en parlant du mécanisme du mutisme dans les états mélancoliques, le mélancolique en état de stupeur est un être qui est subjugué par sa douleur morale et qui à cause de cela ne peut plus opérer dans son esprit la synthèse nécessaire à toute communication verbale. Chez lui en effet la mémoire verbale des mots est considé-

ablement affaiblie. quand elle n'est pas tout à fait abolie ; il existe chez lui un véritable trouble de l'évocation des idées il dit lui-même que son cerveau est vide, qu'il ne pense plus, nous en ferons la preuve dans les observations que nous avons insérées à ce sujet. La coordination des idées, des pensées, leur rassemblement en vue d'énoncer une phrase, une réponse, le choix que fait l'esprit avec une si grande vivacité au moment de construire une phrase, en un mot la synthèse, toutes ces fonctions ont diminué ou disparu et avec Séglas nous dirons que la véritable cause de cette impossibilité du rassemblement des idées ne « réside pas tant dans *la complexité* que dans *la nouveauté* de la synthèse. » Cette difficulté d'évocation des images consiste en effet en un effacement de ces images avec une grande difficulté de les faire naître, de les faire revivre dans l'esprit. « Le malade cherche encore à évoquer dans une direction déterminée, mais il n'y parvient que lentement et avec peine et, parfois, il n'y parvient pas du tout ».

Cet état d'anesthésie psychique a pour cause également une sorte de surdité verbale : le malade ne comprend plus son interlocuteur et voilà pourquoi il ne lui répond pas. Dans le commencement de ce chapitre nous avons dit que l'inhibition était le second caractère de la mélancolie, surtout dans la forme stupide. Le mélancolique en effet est un passif, un être qui ne peut plus vouloir. Cette inhibition a une très grande répercussion sur les fonctions psychiques mêmes. il faut en effet que l'individu fournisse un très grand effort, une grande somme d'énergie pour les mettre en jeu.

Cette évocation des idées et des mots, cette synthèse, ce choix, ce travail de mémoire voilà autant de facteurs psychiques qui naturellement nécessitent la force, la volonté pour les faire agir. Tous ces travaux de l'esprit sont trop lourds pour l'état d'impuissance, d'inhibition du malade.

De cette étude des modifications psychiques dans la mélancolie, nous tirerons facilement l'explication d'une première cause de mutisme dans cette affection. Nous venons de voir tous ces troubles qui surviennent dans l'idéation de l'aliéné, et de là nous dirons que c'est justement parce que ses facultés du langage sont amoindries ou anéanties par la douleur morale et l'inhibition que le malade ne parle pas. Il ne les a plus à sa disposition comme auparavant, il est gêné, embarrassé dans la formation même de ses phrases, quelquefois il ne comprend plus même le sens des mots et il se tait. Il ne parle pas parce qu'il ne peut plus parler, parce que non seulement les idées nécessaires à la conversation ne viennent plus mais encore la force pour les évoquer fait défaut. Dans les états mélancoliques avec stupeur le mutisme est absolu ; cependant il est à remarquer que chez certains mélancoliques dont l'état d'hébétude n'est pas complet on peut entendre parfois ces malades prononcer un mot, une phrase plus ou moins intelligible. Certains répètent obstinément le même mot, d'autres se taisent quand on les interroge et causent lorsqu'ils sont livrés à eux-mêmes (mutisme intermittent) ceux-ci semblent répondre par un léger mouvement des lèvres une sorte de marmottement, ceux-là répondent par écrit aux questions qui leur sont posées ou bien

alors commencent une phrase pour répondre mais ne la terminent pas tant ce travail de synthèse est devenu difficile et au-dessus de leurs forces. Lorsqu'ils ne sont pas complètement en état de stupeur ils approuvent par des gestes de satisfaction lorsque leur interlocuteur termine la phrase dans le sens de leur pensée, ils ont oublié les idées, les images verbales, nécessaires à la terminaison de cette même phrase. Voici deux observations de Séglas et qui montrent bien l'état mental du mélancolique et sa difficulté de parler. Nous remercions en même temps notre confrère et ami M. le Docteur Viel, qui a bien voulu nous autoriser à publier deux observations de mutisme absolu insérées dans sa thèse de doctorat, qu'il reçoive l'assurance de notre sincère gratitude.

OBSERVATION I.

Observation du mutisme chez une mélancolique sans délire à forme dépressive.

La malade se tient immobile sur une chaise, gardant le silence. Elle répond difficilement à son interlocuteur. Le plus souvent pas de réponse.

D. — Vous m'entendez bien cependant.

R. — Oui (oralement)

D. — Pourquoi ne répondez-vous pas ?

R. — Je ne comprends pas.

D. — Pourtant je vous demande des choses bien simples.

R. — (En plusieurs fois) oui mais je perds mes idées, je ne sais plus parler, je ne sais plus coudre.

OBSERVATION II.

Voici une autre observation d'une femme ne parlant jamais et répondant à peine quand on l'interroge.

D. — Comment cela va-t-il maintenant ?

R. — Toujours de même, vous savez cela mieux que moi.

D. — Pourquoi mieux que vous ?

R. — Mais je ne comprends rien.

D. — Pourquoi ne parlez-vous jamais ?

R. — Puisque je ne comprends rien, je perds la tête je ne sais plus m'expliquer.

D. — Que faites-vous toute la journée ?

R. — Rien.

D. — Lisez-vous. Voudriez-vous lire votre journal ?

R. — Je ne comprends pas la lecture, tous les mots sont changés.

D. — Vous les lisiez bien.

R. — Oui mais je ne les reconnais plus.

D. — Comment cela.

R. — Je ne sais plus ce qu'ils veulent dire.

D. — Mais vous lisiez autrefois ?

R. — Oui quelquefois.

D. — Cela vous intéressait ?

R. — Autrefois je comprenais à ma manière maintenant ce n'est plus la même chose.

On présente alors à la malade un journal elle lit deux ou trois lignes et s'arrête au mot *manutention*.

D. — Eh bien continuez.

R. — Je ne connais pas ce mot-là.

D. — Épelez-le.

R. — Je ne vois pas les lettres.

D. — Continuez (la malade lit la phrase).

R. — Que signifie ce que vous venez de lire ?

D. — Je ne sais pas.

R. — Recommencez à lire (la malade recommence et après bien des hésitations arrive à lire le mot « *manutention* »).

D. — Que veut dire ce mot ?

R. — C'est comme une fabrique.

D. — Relisez votre phrase (elle relit)

R. — Que signifie ce que vous venez de lire ?

D. — Je ne sais pas.

Plusieurs faits à retenir. 1° En lisant, la malade ne voit pas certains mots et ne peut même pas les épeler, elle y arrive en lui expliquant le mot, c'est de l'amnésie verbale usuelle.

2° De plus il y a certains mots que la malade peut lire mais qui n'ont plus pour elle la même signification.

3° Avec l'image des mots et leur signification elle ne comprend pas cependant le sens des phrases.

Nous voyons donc d'après ces deux observations combien ces

malades ont de la peine à soutenir leur interrogatoire, comme elle se perdent en un mot dans la réalisation de cette synthèse qu'elle ne peuvent arriver à établir et surtout comme leurs réponses sont péniblement arrachées par leur interlocuteur.

Enfin nous empruntons encore à Seglas une troisième observation mais celle-ci de mutisme absolu.

« Il s'agit écrit l'auteur, d'une dame de vingt-cinq ans environ prise à la suite d'un accouchement d'un accès de mélancolie dépressive allant presque jusqu'à la stupeur. Elle se renferme dans un mutisme absolu depuis plusieurs mois et lorsqu'on lui parle c'est à peine si l'on peut obtenir un « non » ou un « oui » très rares prononcés à voix basse. Un matin lorsque je l'interrogeais comme elle regardait fixement le cahier de notes que je tenais je finis par lui dire « Qu'avez-vous à regarder ce cahier, le voulez-vous ? » Elle fait alors un signe de tête affirmatif, je le lui donne ainsi qu'un crayon en lui disant « Vous voulez donc écrire ? ».

Elle écrit alors elle-même en s'arrêtant à plusieurs reprises « Je ne peux pas parler, j'ai beau essayer... je perds mes idées, ma mémoire a des lacunes (sic) ». J'étais très satisfait de communiquer ainsi avec ma malade, quoique nos conversations fussent souvent très brèves, moi parlant, elle écrivant, lorsqu'un jour à ma visite elle n'écrit plus quand je lui parle et me regarde d'un air singulier quand je lui adresse la parole. Comme j'insiste elle me montre son papier. Il faut croire que ma figure exprimait clairement que je ne comprenais pas ce que voulait ma malade car après quelques hésitations elle trace le mot « écrivez » j'écris et j'obtiens alors à cette question une réponse écrite.

Au bout de quelques instants je m'éloigne extrêmement perplexé en me demandant ce que tout cela signifie, si c'est un caprice n'ayant pu savoir la raison du changement survenu dans ma malade. Le lendemain à ma visite, ma malade avait repris son allure habituelle et à ma demande « Pourquoi n'écriviez vous plus rien comme d'habitude, lorsque je vous adressais la

parole ? » elle fait cette réponse écrite « Je ne savais ce que vous me disiez ».

Voilà donc bien un véritable exemple de mutisme absolu au cours d'une mélancolie non avec stupeur puisque la malade peut encore écrire et élaborer une réponse par écrit mais à aucun moment de son interrogatoire elle n'aura prononcé le moindre mot car elle aussi ne peut plus établir cette synthèse, elle le dit elle-même « Je ne peux plus parler, *j'ai beau essayer*, je perds mes idées, etc... ». Enfin elle arrive à un moment donné à ne plus même comprendre le sens des phrases puisqu'elle cesse d'écrire quand son interlocuteur lui parle et elle en donne la raison « Je ne savais ce que vous me disiez ». Cette malade en un mot nous offre bien le tableau du mutisme mélancolique avec toutes les altérations de l'entendement que l'on a à observer en pareil cas.

OBSERVATION III

C'est une malade, mélancolie sénile avec anxiété, donnant l'aspect d'un être complètement inhibé et que nous avons connu à l'Asile de Moisselles.

Dar..... Céline âgée de soixante-six ans entre le 18 mars 1904 à l'Asile Clinique. Le certificat immédiat porte : « Délire mélancolique avec hallucination, idées de persécution, accusations imaginaires, tendance au suicide par intervalles ». (D^r Magnan). Transférée le 1^{er} juillet 1905 à l'Asile de Moisselles avec le diagnostic de « mélancolie ancienne avec mutisme » (D^r Trenel).

D'après les renseignements donnés par la famille cette malade a beaucoup souffert. Elle travaillait à vernir des rouleaux de carton au noir de fumée (ses mains et ses bras sont en effet tatoués de nombreux points bleuâtres irrégulièrement distribués) Elle ne gagnait qu'un franc par jour.

A un certain moment, sa raison a paru troublée, elle ne mangeait pas. Elle était allée se plaindre au commissaire de police que des gendarmes la poursuivaient, qu'on lui disait des injures, que ses voisins faisaient du bruit.

Les renseignements fournis sur les antécédents sont vagues. On ne se souvient pas de cas de folie dans la famille. Le père de la malade est mort à soixante-dix neuf ans, il était sobre, paraît-il. Aucun renseignement sur la mère.

Etat actuel. — La malade reste immobile, assise dans un coin de la salle, les mains croisées sur les genoux, les yeux fixés à terre. Lorsqu'on l'interroge elle se frotte lentement et machinalement la main droite avec la paume de la main gauche, de temps à autre elle lance à son interlocuteur un regard épouvanté. Pour obtenir une réponse il faut poser la question avec insistance un grand nombre de fois. Alors, ses lèvres tremblent, il semble qu'elle fait, pour répondre un effort considérable. Elle finit en effet par dire quelques mots d'une voix sourde, lente, entrecoupée.

D. — Comment vous appelez-vous ? (après plusieurs répétitions de la question).

R. — Céline.

D. — Pourquoi ne me répondez-vous pas ?

R. — Je ne sais pas quoi dire.

D. — Etes-vous bien ici.

R. — Je ne dis rien.

D. — Voudriez-vous partir d'ici ?

R. — J'aime mieux rester.

D. — Souffrez-vous ?

R. — Je n'ai pas de mal.

Lorsqu'on lui parle de ses enfants elle pleure mais ne répond rien. Elle marche lentement, tous ses mouvements sont d'ailleurs d'une lenteur extrême. Elle ne se donne même pas la peine de chasser les mouches qui viennent se poser sur ses mains et sur son visage.

Les réflexes sont un peu exagérés. Elle présente de l'inégalité pupillaire G 7 D. Les réflexes lumineux et accumulateurs sont conservés. Poids : 44 kgs.

Lorsqu'on lui adresse la parole, son menton tremble comme celui d'un enfant que l'on gronde et qui va pleurer.

En réalité cette malade est très affaiblie intellectuellement ; elle paraît tout à fait *inhibée*... »

Cette dernière phrase nous donne à elle toute seule l'explication, la preuve du mutisme qui existe chez cette malade. En effet nous avons dit que le second caractère dans la mélancolie affective était bien l'inhibition, ce sentiment d'impulssance qui fait que l'aliéné n'a même plus la force d'aucune opération psychique si modique fut-elle et qui par conséquent se tait ou bien a toutes les peines du monde à prononcer quelques mots. Nous avons bien là un véritable exemple de mutisme par inhibition. Cependant nous pouvons constater en même temps que ce n'est pas un mutisme absolu mais qui rentre bien dans la classification de mutisme relatif car la malade peut encore répondre à quelques questions.

OBSERVATION IV

Dans cette observation nous avons là un bel exemple de mutisme absolu chez une malade dans un état complet de mélancolie avec stupeur....

Guil..., âgée de trente-neuf ans, entrée le 3 janvier 1904, à l'asile clinique où le D^r Magnan porta le diagnostic suivant : « dégénérescence mentale avec hallucinations multiples ».

Transférée à Villejuif le 10 janvier 1904 le certificat de Toulouse porte : « Etat mélancolique avec hallucinations de l'ouïe. Tuberculose pulmonaire ».

A son arrivée à Moisselles le 17 juin 1905 le docteur Trenel délivra le certificat suivant : « Stupeur mélancolique, avec immobilité, mutisme absolu. Arythmie cardiaque ».

Cette malade aurait eu la fièvre typhoïde très grave en 1885, et aurait changé depuis ce temps.

Elle a eu quatre enfants dont trois restent, qui sont bien portants.

La mère de la malade et une de ses sœurs sont mortes de typhoïde.

Une autre de ses sœurs aurait été internée à St-Anne à la suite d'influenza qui l'avait laissée très troublée, délirante, avec cris et gestes désordonnés.

Son frère était bien portant jusqu'à sa mort (48 ans).

Trois mois avant son internement, la malade avait mauvaise haleine. Elle se plaignait de maux de tête, refusait les médicaments, la nourriture, restait immobile.

Elle a eu des hallucinations de l'ouïe, croyait entendre les cloches, le canon. Elle divaguait.

Les premiers temps de son internement, elle causait un peu, parlait assez bien à ses enfants et à son mari.

Depuis le mois de septembre, elle ne parle plus. Elle a demandé cependant un jour, à la visite de son mari, si ses enfants allaient bien.

Lorsque son mari vient la voir elle pleure silencieusement.

Cette malade présente l'aspect classique et décrit partout de la mélancolique avec stupeur. Elle reste continuellement assise sur un fauteuil, ou allongée dans son lit, les paupières à demi-closes, le regard abaissé. Elle ne fait aucun mouvement, « se laisse dévorer par les mouches », ne répond à aucune question, et semble ne recevoir aucune impression du monde extérieur.

Cependant lorsqu'on se penche de façon à se placer dans son champ visuel, elle ferme complètement les paupières.

Elle mange à peu près seule, mais très lentement, maladroitement. Elle met près d'une minute pour porter la cuiller de l'assiette à sa bouche.

Son pouls est de 65 à 70. Sa respiration de 14 à 16. Si on la pince, si on la pique légèrement, elle reste immobile, insensible en apparence. Si l'excitation devient plus forte, elle retire lentement le membre touché, par une sorte de mouvement de reptation.

Elle n'oppose qu'une résistance très faible aux mouvements

provoqués. On lui dresse le bras verticalement au-dessus de la tête, et lorsqu'on l'abandonne, elle le laisse lentement revenir à sa position première.

Cet état de stupeur caractéristique est à peu près permanent, quatre ou cinq fois seulement, dans l'espace d'une année, cette malade est sortie de son apathie, prise d'un accès d'agitation, d'un véritable « raptus mélancolique » qui se traduisait par des gestes violents des cris inintelligibles, le refus d'aliments. Quelques jours après, Mme G. . . . retombait dans l'état primitif.

L'examen des poumons nous a révélé les symptômes suivants : craquements au sommet gauche. Quelques râles humides au sommet droit. Obscurité respiratoire.

On peut observer d'une façon intermittente un rythme couplé du cœur.

La pupille droite est plus petite que la gauche.

Poids : 53 kilogrammes.

Une autre cause de mutisme dans la mélancolie affective sont les hallucinations psycho-motrices que certains malades présentent. Nous ne reviendrons pas sur le mécanisme de ces hallucinations en rapport avec le mutisme, question qui a été déjà traitée au chapitre précédent ; cependant dans la mélancolie ce mécanisme revêt une allure spéciale. Le malade terrassé par ces hallucinations ne parle pas et pourquoi ? Parce que tout occupé qu'il est à écouter ces voix qui lui parlent à l'intérieur et à leur répondre il ne peut pas se servir de deux images motrices à la fois, l'une produisant l'hallucination verbale, l'autre servant à l'expression de la phrase sollicitée.

Et ceci se comprend l'aliéné en proie à ces sortes d'hallucination a en lui une conversation intérieure il entend ses voix dans son estomac, il leur répond, or pour élaborer ses

réponses il est obligé d'évoquer une image motrice, d'autre part l'esprit ne peut en évoquer qu'une seule à la fois ayant trait à une même pensée il ne pourra suivre en même temps deux conversations, celle de ses voix, celle de son interlocuteur, et, écoutant complaisamment ses voix imaginaires il ne pourra répondre aux véritables questions qui lui seront posées pour la raison énoncée plus haut et il restera dans le mutisme. De plus comme nous l'avons déjà dit, le défaut d'attention vient s'ajouter comme autre cause de silence dans le sujet que nous traitons en ce moment et ne prêtant nullement l'oreille à son interlocuteur tellement son délire hallucinatoire l'absorbe, il ne répondra pas à des questions qu'il n'a jamais entendues.

Il y a cependant des cas, où ces hallucinations laissent quelque repos au malade et c'est alors qu'il pourra évoquer cette image motrice, mais cette fois-ci pour la bonne cause, si on l'interroge il répondra. Une malade du service de Séglas atteinte de mélancolie dépressive se renferme tout d'un coup pendant six jours dans un mutisme absolu et recommence à parler au bout de ce temps. Voici la raison qu'elle donne de son silence et la description de son état intérieur. « C'est à cause des voix qui parlent là (elle indique la région hypogastrique) et qui parlent continuellement » et elle ajoute : « Je voulais parler, mais je ne pouvais pas, je n'étais pas maîtresse de ma langue je la sentais remuer comme malgré moi et cependant quand je voulais répondre, c'était comme si mon gosier et ma langue étaient paralysés ». En résumé nous dirons que le mutisme chez le mélanco-

lique atteint de ces sortes d'hallucinations n'est autre chose que le résultat de la préoccupation tout entière de ce dit malade à son hallucination, préoccupation qui résulte d'abord de l'attention qu'apporte l'aliéné pour écouter ses voix et ensuite de l'évocation de cette image motrice verbale nécessaire aux réponses toute mentales que ce dernier prodigue à ces hallucinations auditives et pour clore cette série de causes, cette impossibilité de l'esprit en temps normal d'évoquer à la fois deux images motrices verbales.

Nous avons vu en étudiant le mécanisme de mutisme psychique les idées hypochondriaques devenir l'origine de ce silence plus ou moins absolue que présentent souvent les malades affectés de ces délires ; dans la mélancolie affective ces mêmes idées hypochondriaques ne sont pas rares et peuvent également susciter un mutisme plus ou moins complet, plus ou moins absolu. Pour l'étude de ce sujet nous renvoyons le lecteur au chapitre du mécanisme du mutisme dans les différentes modalités des maladies mentales.

Une forme de délire très fréquente chez les mélancoliques sont les idées de négations c'est-à-dire cette état de persuasion du malade, qu'il n'a plus de cerveau, de larynx, de voix, même qu'il n'existe plus. Nous avons donné l'explication de cette forme de délire en le rattachant au silence du vésanique au chapitre précédent, nous n'y reviendrons pas.

Pour nous résumer de toute cette étude nous dirons que dans la mélancolie affective le mutisme a surtout pour cause ces deux grands états caractéristiques, la douleur morale, puis l'inhibition qui provoquent cet état de déchéance men-

tale, d'impuissance intellectuelle entravant plus ou moins ou même supprimant complètement la faculté de synthétiser. Le malade ne parle pas car il ne peut pas *vouloir* parler, comme il ne pourrait pas *vouloir* exécuter n'importe quelle autre action de la vie ordinaire à cause de cette aboulie persistante ; de plus ses facultés elles-mêmes sont atteintes. Enfin souvent à ces deux grands états viennent se greffer les différents délires énoncés dans cette étude et qui viennent augmenter le nombre des chances que le malade a de devenir un muet mélancolique.

2° Folie intermittente

Continuant notre plan d'étude en donnant un court aperçu de la maladie que nous traitons dans ses rapports avec le mutisme, nous établirons avec les auteurs deux formes bien distinctes : 1° la forme maniaque ; 2° la forme mélancolique. Dans la forme maniaque nous avons devant nous un malade qui loin d'être immobile et cantonné dans le mutisme est au contraire un exhubérant, un bavard, un être très surexcité, gesticulant continuellement et se livrant à des actes extraordinaires. Il profère même des propos incohérents et étale une sorte de logorrhée que parfois rien n'arrête. Ce n'est donc pas dans cette forme de folie intermittente que nous aurons à étudier le mutisme psychique.

Mais à côté de cette forme bruyante et de surexcitation il existe l'état mental diamétralement opposé nous voulons dire l'état mélancolique appelé encore dépression mélancolique. Trois grands symptômes fondamentaux prennent

place ici : 1° l'inhibition psychique ; 2° l'état émotionnel pénible ; 3° l'aboulie. Trois formes également, dépression mélancolique simple, délirante, avec stupeur. C'est dans cet ensemble de caractères de la folie maniaque dépressive que nous allons rencontrer le mutisme.

Le maniaque dépressif dans sa phase de mélancolie est un être qui offre le même tableau extérieur que le mélancolique affectif : c'est un déprimé, sans aucune énergie, sans aucune volonté nous allons étudier les troubles mentaux dans les trois formes énoncées ci-dessus, troubles qui seront la source même du mutisme vésanique dans ces affections.

1° *Dépression mélancolique simple.*

Dans cette forme le malade présente un air de tristesse, d'abattement, d'indifférence qui reflète vraiment l'état mental de l'individu ; il reste là immobile, les bras pendants, les traits tirés sans dire un mot. Quelle sera alors la cause de ce silence. C'est *l'inhibition psychique* traduit par une altération profonde de l'attention et des fonctions intellectuelles (associations d'idées, évocation, synthèse), de plus le malade est un grand *aboulique* qui ne trouvera pas l'effort nécessaire à la pensée et pour qui encore tout acte est des plus pénibles. L'interrogatoire de ces aliénés est extrêmement difficile et sans résultat ils demeurent muets ou bien alors on perçoit « un murmure imperceptible et entrecoupé de soupirs » (Rogues de Fursac). Dans les formes moins avancées le mutisme n'est pas absolu il est quelquefois interrompu par des lambeaux de phrases, des

mots traduisant un état de doute ou de peine « Qu'y a-t-il ? Que devenir. C'est affreux ».

Le maniaque a une préoccupation constante de son impuissance et « cette préoccupation toujours présente de leur impuissance à agir et la souffrance qui résulte des moindres tentatives, ont pour conséquence naturelle l'immobilité et le mutisme. Le fait saillant qui domine dans la folie maniaque dépressive, c'est l'inhibition, comme la douleur morale est le principal caractère de la mélancolie dépressive. Il résulte de cette considération que ce qui fait surtout que le maniaque dépressif ne parle pas ce n'est pas tant par atteinte des facultés elles-mêmes que par *manque de volonté*. Il n'est plus capable de l'effort de penser quoique pouvant le faire, il ne met plus son énergie au service de ses facultés endormies, c'est un muet par inhibition.

Dans cette forme le mutisme peut être absolu ou relatif comme nous venons de le voir, il sera également intermittent comme la folie même dont il émane.

2° *Dépression mélancolique à forme délirante.*

Cette forme est précédée d'une période de dépression mélancolique simple où l'on peut rencontrer le mutisme. Ce qui domine ce sont les idées hypochondriaques (humilité, auto-accusation, ruine, crainte de châtiments terribles, persécution) et toutes ces formes de délire comme nous l'avons déjà vu peuvent être causes de mutisme. D'autre part dans quelques cas l'inertie habituelle peut s'accroître au point de déterminer chez le malade un état de stupeur

passager dans lequel le malade présentera cette attitude immobile et silencieuse qui nous est maintenant bien connue.

3° Dépression mélancolique avec stupeur.

Cet état de stupeur peut avoir deux causes principales, causes qui par leur mécanisme deviendront en même temps la source même du mutisme que l'on rencontre dans cette modalité.

Le premier grand facteur c'est l'inhibition psychique qui alors atteint son maximum et qui plonge l'aliéné dans un état d'inertie telle, que chez lui tout travail de la pensée est complètement supprimé, toute volonté anéantie. Toutes les fonctions psychiques nécessaires à l'élaboration de la phrase et l'énergie indispensable à leur fonctionnement, tout cela n'existe plus et le malade sans pensée et sans volonté se tient dans un mutisme complet.

La seconde cause de mutisme qui constitue en même temps le second caractère de cette forme stupide est l'envahissement de l'esprit du malade par un délire très prononcé. C'est une suite d'hallucinations effrayantes qui terrifient le patient et l'absorbent tout entier au point qu'il reste totalement indifférent à tout ce qui l'entoure et aussi à l'interrogatoire le mieux mené. L'individu ne parle pas tant il est subjugué par ces horribles visions, c'est en somme un mutisme d'origine hallucinatoire.

Nous voyons donc que dans la folie maniaque dépressive ce qui domine comme grand agent de mutisme c'est l'état

d'inhibition qui enlève au malade toute énergie de parler plus encore que l'altération des facultés car comme le dit Falret ces malades « muets et immobiles paraissant, plongés dans la stupeur, continuent néanmoins à penser et à réfléchir intérieurement ».

3° Démence précoce

La démence précoce est une affection qui est constituée par l'ensemble des altérations psychiques portant sur l'affectivité la volonté et les associations d'idées. Ces altérations sont permanentes et constituent un affaiblissement intellectuel, terminaison habituelle de la maladie.

Dans cette vésanie le mutisme a une importance considérable et c'est surtout dans la stupeur catatonique que ce mutisme prend la valeur d'un symptôme de premier ordre. Nous allons donc l'étudier spécialement dans cette forme. En présence d'un dément précoce en état de stupeur nous avons à première vue l'impression d'un mélancolique dans le même état; il reste immobile, le faciès en apparence indifférent, sans proférer une parole, les yeux tournés vers le sol et complètement insensible à toute sollicitation venant de l'extérieur. Si maintenant nous étudions la véritable cause du mutisme nous verrons qu'elle tient surtout d'un phénomène sur lequel nous insisterons *le négativisme* nous y reviendrons dans un instant. Chez le dément précoce le mutisme ne tient pas surtout à une modification, à un changement survenu dans l'entendement du malade et modifiant

ainsi le pouvoir de synthèse, sa lucidité est peu atteinte. Cet état de stupeur qui ordinairement indique un bouleversement de la conscience perd son caractère véritable et est du plutôt « à l'agitation d'un trouble volontaire (Rogues de Fursac) ». Le fait saillant sur lequel nous revenons maintenant et qui constitue un des principaux caractères de l'état catatonique, c'est le négativisme. Ce dernier, encore appelé folie d'opposition est une tendance à faire le contraire de ce que l'on commande ou sollicite de faire c'est une volonté bien arrêtée du malade de se raidir contre toute sollicitation venue de l'extérieur quelle qu'en soit la nature. Pour en donner un exemple si l'on essaye de prendre le bras à un de ces aliénés, il fera de suite le mouvement contraire collant énergiquement ce bras le long de son thorax dans un mouvement de défensive. Lui commande-t-on d'ouvrir la bouche il restera insensible et si l'on essaye de lui ouvrir les mâchoires, de suite une résistance extraordinaire vient s'opposer à cette tentative comme si tous les muscles masticateurs étaient dans un véritable état de trismus. Nous pourrions citer bien d'autres exemples mais nous arrivons tout de suite à notre sujet en disant qu'il sera tout aussi impossible de faire prononcer une parole à ce même dément catatonique.

Il apportera le même esprit d'opposition, le même entêtement par ce même mécanisme « Si on interroge un catatonique il ne répond rien, non parce qu'il ne saisit pas le sens des questions, mais parce qu'il ne veut pas parler et se renferme volontairement dans un mutisme absolu. Ce mutisme constitue une véritable attitude stéréotypée de l'es-

prit » (Deny et Roy). On a voulu donner l'explication de ce mutisme chez les catatoniques négativistes en lui donnant pour origine une sorte de trouble de langage articulé, une sorte de convulsion tonique avec rigidité des muscles de la langue, mais il n'en n'est rien, car c'est un mutisme purement psychique, c'est le type du mutisme volontaire en un mot ce silence obstiné fait partie des différentes manières par lesquelles le dément précoce manifeste journellement son négativisme. Il ne veut pas parler, comme il refusera de manger, de boire, de marcher, de donner la main, etc. Voici maintenant une observation très détaillée et que nous devons à l'obligeance de M. le docteur Leroy, médecin en chef à l'Asile de Ville-Evrard, dont nous avons été l'interne à Moisselles. La petite malade que nous présentons a été l'objet d'une présentation de notre ancien Maître à la Société clinique de Médecine Mentale.

Catatonie chez une jeune fille de 20 ans, par M. Leroy.

Yvonne F... est née le 20 juin 1888 à Paris. Ses antécédents héréditaires et personnels sont inconnus car cette malade *prononce rarement une parole* et son dossier n'indique aucune adresse de famille. Les stigmates de dégénérescence abondent chez cette blondinette à type infantile : tête petite, front haut, oreilles à grand pavillon, voûte palatine ogivale, mains petites, scoliose à convexité gauche, développement plus considérable du bassin à droite, légère hypertrophie du corps thyroïde.

Cette jeune fille entre le 27 septembre 1904 au dépôt des aliénés de la Préfecture de police comme placement d'office. Elle passe successivement à l'admission de Ste-Anne, puis à l'Asile de Maison-Blanche. Les différents certificats constatent un état de débilité mentale et même d'imbécillité avec apathie, indiffé-

rence, lenteur des mouvements, mutisme, il faut s'occuper d'elle constamment, l'habiller, la faire manger. Yvonne F... est transférée le 12 juillet 1905 à l'asile de Moisselles où mon prédécesseur, M. Trenel, pose le diagnostic de catatonie. L'état physique et intellectuel de la malade était alors le suivant : aspect indifférent apathique, endormi : *réponses rares, monosyllabiques* faites d'une voix faible et indistincte : lenteur des mouvements phénomènes intenses de catatonie ; position du génie de la Bastille. Autres positions : reste le buste penché en avant, la tête baissée, la main droite passée derrière le cou, conserve cette attitude jusqu'à ce qu'on lui donne l'ordre de s'asseoir. Lorsqu'elle s'assied, la malade garde les jambes tendues sans reposer le pied à terre. Grande suggestibilité : monte sur la table au commandement, descend, va, vient.

Cet état ne s'est pas modifié, Yvonne F... reste indifférente, engourdie, tantôt ouvrant les yeux, tantôt les fermant. Assise, sur une chaise, elle reste toute la journée immobile. Lève-t-on son bras ? Celui-ci garde la position donnée un temps excessivement long. Lève-t-on sa jambe ? Même résultat. On peut donner à ses membres, à son tronc, à sa tête les positions les plus fatigantes et les plus singulières. On peut la faire asseoir en V sur le siège, le tronc et les jambes levées, elle reste ainsi en équilibre. C'est une femme automate, une véritable poupée articulée.

Si on lui ferme les yeux, elle tient les paupières baissées avec clignotement. Si ayant les yeux fermées on veut les lui faire ouvrir elle résiste énergiquement. Il n'existe chez cette malade aucune spontanéité.

Il faut la lever, l'habiller, la déshabiller, la coucher, la peigner, veiller à sa toilette. Elle gâte si l'infirmière n'a pas soin de la conduire aux cabinets et elle y resterait indéfiniment si on ne venait la chercher. Yvonne mange seule, mais il faut lui mettre la cuiller entre les mains et la prier à plusieurs reprises de s'alimenter. Ses rares mouvements sont excessivement lents et encore est-il nécessaire de la stimuler. On fait lever la malade

et on lui dit de marcher elle reste immobile. On la pousse et elle se met à se promener de long en large dans la cour indéfiniment, jusqu'à ce qu'on l'arrête. Le disparition de la volonté normale s'associe chez elle à une exaltation de l'automatisme.

La malade *ne parle presque jamais spontanément* : on doit user de la plus grande patience pour arriver à lui faire répondre quelques monosyllabes prononcées à voix très basse et presque inintelligibles. Elle ne lit pas, n'écrit pas mais nous avons pu arriver à lui faire copier son nom, une phrase, un dessin élémentaire ; elle reproduit exactement le modèle, très lentement, avec attention, donnant aux lettres la même forme la même dimension. Il est difficile de se rendre compte si la malade présente quelque idée délirante, quelque hallucination. Cela est peu probable, son état mental consiste dans une torpeur, un engourdissement extrême : un poison stupéfiant semble imprégner ses cellules cérébrales, Yvonne n'est cependant pas absolument étrangère au monde extérieur, elle regarde de temps à autre autour d'elle et demande quelquefois « du pain » ou « à boire ». Un jour même qu'une infirmière, la voyant tresser ses cheveux, lui faisait une réflexion sur sa coquetterie, la jeune fille répondit à voix basse : « Mes cheveux étaient défaits. »

D'après cette observation nous voyons une petite malade nettement catatonique et qui de plus présente bien le type du mutisme par négativisme que nous venons d'étudier.

Nous avons dit en parlant de la phase catatonique que le mutisme surtout était dû à un état d'opposition systématique manifesté continuellement par le malade en un mot au négativisme. Nous devons cependant compléter cette étude en disant que la démence précoce comme toute autre vésanie a sa période terminale ou période de déchéance mentale complète.

C'est-à-lors que lorsque nous aurons affaire à un de ces

déments, que la forme de sa maladie ait été la catatonie, l'hebephrenie, ou la forme paranoïde et que ce dément ne profèrera plus aucune parole nous pourrions dire que la cause de ce silence est bien la déchéance mentale, tous ces troubles mentaux, cette désorganisation cérébrale dont nous avons déjà parlé. Si nous étudions un peu le dément précoce arrivé à cette période trois grands changements s'offrent à notre étude : d'abord c'est une extrême lenteur des processus psychiques accompagné d'une attention mal soutenue qui fait que le malade comprend mal les paroles que l'on peut lui adresser et n'y répondra que peut ou point, ensuite, c'est un effacement des souvenirs et par cela nous voulons dire que toutes notions nouvellement acquises et mal assemblées se dissocient et ne tardent pas à disparaître. Là le malade a perdu la mémoire verbale des mots, la faculté représentative de la forme de tous ces objets qui nous entourent grâce à laquelle nous les dénommons, deuxième cause d'impossibilité de communiquer verbalement avec ses semblables. Enfin pour couronner [et compléter cette série de désordres mentaux, l'affaiblissement progressif de la synthèse mentale et qui, lorsqu'elle est complètement supprimée, constitue l'arrêt psychique, affaiblissement qui peut se traduire par un état de démence apathique avec immobilité et *mutisme*. Telle est la cause du silence chez le dément précoce complètement déchu.

4° Confusion mentale

La confusion mentale est caractérisée par la confusion

des idées, une sorte de chaos, de désordre dans les pensées qui font que les malades ont perdu toute notion de temps ou de lieu, état dans lequel les pensées, se succèdent sans aucune suite, sans aucun ordre. Quel sera le caractère du mutisme chez ces malades. Dans cette maladie nous aurons à faire à un mutisme intermittent et à ce propos écoutons la description de Chaslin voici ce qu'il écrit, « c'est une affection dans laquelle la rapidité du début des paroles spontanées du malade est très variable, la loquacité, le bavardage ou l'élévation du ton succède au mutisme, aux paroles rares et chuchotées. »

D'après ce qui précède nous voyons donc que le mutisme n'est pas absolu mais subitement interrompu dans la confusion mentale ; nous ne parlons pas bien entendu de la confusion mentale avec stupeur dont nous aurons à nous occuper dans un instant. Encore devons-nous dire que dans son état de confusion mentale le malade n'émet que des phrases qui n'ont aucun sens, aucune suite, une répétition quelquefois pendant des journées entières d'un même mot (echolalie), l'interrogatoire chez un tel malade devient impossible. Le mutisme peut être encore incomplet dans cette forme de la maladie, c'est-à-dire que dans la période d'accalmie de ce bavardage incohérent, le malade se calme, les paroles deviennent alors très rares et anonnées comme le font les enfants, il ne demeure pas dans le silence absolu. L'aliéné présente alors un air ahuri, hébété, stupide, inerte, le regard sans expression, marmottant des paroles sans aucun sens, ou bien alors il demeure dans un silence absolu. Que

se passe-t-il alors chez un tel individu qui présente des alternances de bavardages et de mutisme. Commençons d'abord par dire que ce bavardage ne sera que le produit, que le fait d'une sorte d'automatisme de ses fonctions intellectuelles bouleversées et que son mutisme a pour explication même le bouleversement de ses idées.

Dans la confusion mentale, les idées, les fonctions psychiques sont bien diminuées il est vrai, mais le fait qui domine c'est leur mauvais enchaînement, les pensées sont là pêle-mêle, s'entrechoquent sans aucune suite, la dissociation est extrême. Car il est difficile de trouver dans le vaste chapitre de l'aliénation mentale une maladie où « la désagrégation » et « l'émiettement » soient plus prononcés. Le malade aura beaucoup de peine à bâtir une phrase dans cet état de confusion et *il se tait*, et quand il parle, c'est une suite d'incohérences. Chez lui les associations et les synthèses ne se font qu'incomplètement ou sont totalement supprimées, l'association des mots aux images se fait mal et le mot n'est pas compris, de plus les phrases ne sont pas davantage comprises par lui car il ne peut pas en enchaîner les membres quand il entend cette phrase pour en saisir le sens, pas plus qu'il ne peut effectuer cette opération de l'esprit pour son propre compte pour se faire comprendre lui-même. Le résultat de tous ces troubles sera le mutisme.

La confusion mentale peut débiter par une sorte d'état mélancolique avec stupeur et mutisme. Le malade se tient alors dans le silence le plus absolu et chez lui la raison de ce silence est certainement un engourdissement des facultés

peut-être un phénomène d'inhibition analogue à celui qui caractérise si bien le mutisme mélancolique.

Nous avons dit au commencement de ce chapitre que dans la confusion mentale le mutisme avait pour caractère général de ne pas être permanent et qu'il était bien souvent interrompu par des crises de bavardages incohérents, mais cette forme n'est pas absolue, car il en existe une autre qui comme la forme de début dont nous parlions à l'instant, est une sorte de confusion mentale profonde et que Chaslin nous représente avec stupeur « le malade *ne parle pas* et c'est avec grand peine que l'on obtient parfois une réponse ». Cet état de stupeur reflète bien la mentalité troublée dans toutes ses fonctions et là encore, le malade se tient dans le silence absolu parce qu'il ne pense plus ou bien alors la confusion est telle que pas un semblant d'association juste ne peut faire germer la moindre phrase du cerveau de ce malheureux être engourdi figé dans sa torpeur. Dans cette forme stupide, le mutisme est continu, non interrompu par des crises de bavardages, de loquacité comme dans la forme ordinaire.

Il est des cas et des exceptions où notre malade semblera se réveiller, tout d'un coup son visage s'éclaire, il recouvre la parole pour quelques instants pour bientôt retomber dans sa stupeur, tel ce malade cité par Chaslin à qui l'on avait montré des lapins enfermés dans un panier, et qui, tout d'un coup, se livre à la plaisanterie en disant « ce sont de chauds lapins ».

Le mutisme ou la simple rêvasserie à voix basse et inintel-

ligible peut se rencontrer encore dans une autre forme de confusion mentale dite typhoïde ou méningitique sorte d'état de *véritable stupeur* que l'on rencontre dans certaines maladies infectieuses. Les malades se tiennent dans un mutisme absolu, comme dans une sorte de coma, ou alors une légère agitation se manifeste sur leurs lèvres, mais ils sont tout à fait incapables de proférer la moindre parole, tant ils sont plongés dans leur torpeur.

Pour nous résumer de cette étude nous voyons que dans la confusion mentale le mutisme a généralement le caractère d'un silence interrompu par des accès de loquacité incohérente mais que dans la confusion mentale avec état de stupeur le malade ne modifie pas son allure, il demeure toujours muet, dans l'impossibilité qu'il est de sortir de sa torpeur.

5° Délire de persécution

Etudions maintenant le mutisme dans le délire des persécutions. Nous avons déjà esquissé l'étude du silence des persécutés quand nous avons étudié les différents mécanismes du mutisme. Disons tout d'abord que le persécuté peut être aussi un halluciné et alors chez lui le mutisme pourra avoir deux causes : 1° son délire de persécution même et alors il ne voudra pas répondre par une sorte d'idée de crainte ; 2° ses hallucinations et en particulier les hallucinations psycho-motrices qui l'absorberont tout entier.

Comment maintenant le persécuté muet ne parle-t-il pas et pourquoi se tient-il ainsi dans le silence. Deux raisons

comme nous venons de le dire il restera dans le silence, 1° parce que c'est un halluciné qui écoutera complaisamment ses voix ; 2° il n'est pas halluciné il refusera tout entretien, toute communication avec son entourage de peur de se compromettre. En un mot le persécuté atteint de mutisme se tait, 1° par ses hallucinations et principalement celles de l'ouïe ; 2° par sa propre volonté.

Par ces hallucinations et en effet, dans le délire de persécution les hallucinations que l'on rencontre le plus souvent sont celles de l'ouïe soit que les voix viennent de l'extérieur ou bien qu'elles parlent en dedans du malade (hallucinations psycho-motrices) ces hallucinations peuvent revêtir différents caractères et « souffler » à l'oreille du malade toutes sortes de conseils, d'actions, de paroles ordurières, et mêmes des ordres. Et c'est justement sur ce genre d'*hallucinations impératives* que nous voulons insister. Le malade écoutera complaisamment ses voix pour leur obéir sans réserve. Telle voix lui défend de manger, de marcher, de se déshabiller, de regarder tel ou tel objet et elle lui défendra également de *parler*, de communiquer avec son entourage, de répondre à la moindre question et le malade toujours dans la crainte obéira passivement ne voulant pas déplaire à ses voix imaginaires. Voilà pourquoi il est souvent si difficile d'interroger certain persécuté car on se trouve en présence d'un individu terrassé par ses voix et qui ne parlera pas, ne répondra pas car il aurait peur d'encourir toutes sortes de châtiments s'il venait à enfreindre l'ordre qu'il reçoit à tous instants dans son délire hallucinatoire. Voilà donc une

première forme de mutisme dans le délire des persécutions qui, comme nous le voyons est purement d'origine hallucinatoire c'est nous pourrions l'appeler un mutisme par commandement.

Lorsqu'on demande au malade la provenance de ces mêmes voix, il montre sa région épigastrique, et souvent en effet ces malades présentent un certain marmottement involontaire comme s'ils répondaient ou conversaient mentalement avec des êtres imaginaires.

La seconde cause du mutisme dans le délire des persécutions est un sentiment de crainte, un sentiment de défiance. Le persécuté dans ce cas, a peur vraiment de son interlocuteur il croit par la forme de son délire même que tout le monde lui veut du mal, le poursuit, lui envoie de mauvaises odeurs des poisons, ou cherche à le faire mourir et dans cette crainte, de peur de s'exposer par une réponse à quelque nouveau malheur, il ne répond rien ou bien encore ne s'avance pas dans les réponses qu'il peut donner en disant « Je n'en sais rien » ou « Vous le savez mieux que moi ». C'est bien là un mutisme volontaire. Le malade se tait car il ne veut rien dire qui puisse l'engager, l'exposer. Ce n'est plus comme dans le cas précédent sous l'influence, la suggestion d'hallucinations auditives impératives, mais dans le chapitre qui nous occupe c'est un silence bien consenti et comme systématique il ne veut rien dire et les sollicitations les mieux menées n'arriveront à aucun résultat. C'est un mutisme volontaire par méfiance. Nous nous rappelons d'une malade persécutée au cours de notre internat à l'asile de Moisselles

qui se tenait constamment appuyée sur le rebord d'une fenêtre, ne causant à personne et qui lorsqu'on l'interrogeait répondait constamment. « Laissez-moi tranquille » sans que l'on puisse en tirer autre chose et qui même fuyait et se transportait dans un autre coin de la pièce à l'approche des médecins. Cette malade évidemment craignait tout entretient, tant elle se défiait de tout.

Nous allons donc nous résumer en disant que le mutisme dans le délire des persécutions peut tenir à deux causes : chez un persécuté halluciné, à ses hallucinations mêmes qui prennent alors un caractère impératif (nous ne parlons bien entendu que des hallucinations de l'ouïe)^{2°} chez un persécuté ordinaire qui n'aura pas d'hallucinations verbales à un état de méfiance qui fait que le malade a toujours peur que ses réponses ne lui soient retournées en mauvaise part et lui procurent quelque nouvelle tracasserie.

6° Paralyse générale

On rencontre dans cette affection toutes les formes de vésanies depuis les délires hallucinatoires de toute sorte, les états maniaques avec excitations, etc. mais il en est une toute particulière qui a trait au sujet que nous traitons et dont le mutisme constitue le principal caractère c'est la paralyse générale à forme mélancolique accompagnée de stupeur, car nous savons que dans la maladie de Baillarger il existe une autre forme de mélancolie celle-ci délirante et dans laquelle le malade loin de rester muet se lamente

énonçant à tout instant ses idées hypochondriaques (idées de négations, culpabilité, indignité).

Si nous examinons attentivement le paralytique général dans son état de mélancolie avec stupeur nous voyons qu'il offre bien le même tableau que le mélancolique ordinaire, il reste là assis, plongé dans la plus grande torpeur, ne se souciant nullement de ce qui se passe dans son entourage plongé dans le mutisme le plus complet. Ce mutisme avec stupeur donne à la maladie un caractère de gravité exceptionnelle comme le refus des aliments.

Le malade reste immobile et ne parle pas et c'est justement cet état de silence obstiné qui constituera une grande difficulté pour établir le diagnostic différentiel entre un état mélancolique avec stupeur chez un paralytique général d'avec un état de mélancolie avec stupeur pure. Cette considération a d'autant plus d'importance que la mélancolie qu'elle soit sous forme de délire ou avec stupeur se retrouve dans toutes les phrases de la P. G. et entre autre au début de l'affection. Or nous savons combien est précieux le moyen de diagnostic que le langage apporte dans la détermination de la P. G. si le malade ne parle pas on saisit de suite combien la difficulté se trouve augmentée. A. Voisin et Burlureaux dans leur traité de la mélancolie dans ses rapports avec la paralysie générale se sont justement préoccupés de cette question et voici ce qu'ils disent : « La difficulté que l'on éprouve de faire parler le malade atteint de mélancolie avec stupeur que cette mélancolie soit simple ou appartienne à la paralysie générale, rend le diagnostic très

difficile ». Cependant ces deux auteurs font une restriction et continuent leur étude en déclarant que dans l'état mélancolique avec stupeur de la P. G. le malade ne garde pas cependant ce silence *obstiné* dont parle Esquirol. Dans la P. G. on parvient toujours à les faire sortir de leur mutisme tandis que l'on échoue presque complètement quand on veut faire parler des mélancoliques simples.

On voit donc quel rôle important le mutisme joue lorsqu'il vient compliquer la P. G. et comme il vient embrouiller les choses lorsque par exemple chez un malade atteint d'inégalité pupillaire et chez lequel on a pu constater d'autres symptômes de P. G. toute interrogatoire est totalement impossible et que l'on se trouve ainsi privé du précieux secours qu'apporte l'examen du langage dans cette affection. De plus il ressort encore de ce court exposé la grande difficulté qui existe de constituer un diagnostic différentiel entre un état mélancolique pur et une mélancolie stupide déclarée chez un paralytique général. Nous savons aujourd'hui cependant que cette difficulté se trouve très atténuée par l'étude de la lymphocytose chez l'individu suspecté de paralysie générale accompagné de l'examen du liquide céphalo-rachidien. Il va sans dire que nous parlons du mutisme comme source de toutes ces difficultés que lorsqu'il s'agit seulement de la période de début et non d'un état mélancolique avec silence obstiné survenant au cours d'une P. G. nettement diagnostiquée et en cours depuis longtemps.

Pour ce qui est du mécanisme de ce mutisme dans cette forme de mélancolie avec stupeur nous pouvons dire que ce

qui caractérise l'état mélancolique chez les P. G. c'est l'absurdité des idées délirantes et de leurs conceptions. Rien n'indique en effet dans la mélancolie stupide de la paralysie générale une « contention douloureuse de l'intelligence » comme dans la mélancolie simple, le malade semble être dans un état passif. « S'ils ne répondent pas aux questions qu'on leur adresse c'est par une sorte d'apathie, de paresse d'embarras intellectuel ». « Leurs conceptions délirantes n'ont pas la netteté de celles des mélancoliques dont parle Esquirol ils vivent dans une sorte de rêve traversé par des illusions et des hallucinations terrifiantes ». Peut-être aussi les P. G. muets sont-ils totalement absorbés par ces illusions et ces hallucinations terrifiantes et que ce sont ces derniers qui contribuent également à les détacher pour ainsi dire de leur entourage, les plongeant dans un silence dont ils ne peuvent sortir.

Débilité mentale

Quant au mutisme que l'on rencontre dans la débilité mentale disons de suite que le caractère saillant qui domine le silence où se renferme volontairement le débile c'est l'entêtement. Il ne répondra pas sans raison, il n'a aucun motif qui puisse le pousser ainsi à se cantonner dans un mutisme plus ou moins absolu. Nous savons en effet que l'idiot ou l'imbécile ne parleront pas ou peu ou bien n'auront qu'un simple balbutiement, bégaiement non pas par entêtement mais bien par un manque de développement complet de leurs facultés. Le débile n'est pas un aussi grand déchu,

ses facultés quoique très arriérées ne le sont pas au point qu'il lui soit impossible de construire une phrase, d'élaborer une réponse et s'il ne répond pas c'est par une sorte d'obstination encore une fois sans motifs qu'il se maintiendra dans le silence. Cependant dans cette forme le mutisme n'est pas absolu ni continu et le malade à un moment donné se remet à parler quand cela lui fait plaisir. Chez lui c'est un véritable mutisme par caprice.

Le mutisme hystérique dans l'histoire (1)

L'histoire de l'hystérie au point de vue documentaire s'est enrichie depuis soixante ans d'une foule de matériaux extrêmement intéressants. Calmeil, Littré, Charcot, Bourneville, Paul Richer, Gilles de la Tourette et tant d'autres ont merveilleusement mis en lumière les manifestations de la grande névrose dans la suite des temps. Grâce à ces travaux, les maladies invraisemblables, les épidémies d'hystéro-démopathie, les guérisons miraculeuses, qui ont pendant des siècles dérouté leurs contemporains, ne nous apparaissent plus que comme des faits pathologiques relevant du *Protée hystérique*.

Parmi les phénomènes de ce genre le mutisme est rare-

(1) Dr Leroy. Archives de Neurologie, 1901, n° 72. Les faits relatés ici n'ont pas la valeur d'une observation médicale, il y manque des détails fort importants que nous aurions besoin de connaître pour faire un diagnostic rétrospectif certain. Notre unique but est de consigner dans ces notes quelques cas intéressants, peu ou pas connus, antérieurs au XIX^e siècle et que l'on peut considérer avec la plus grande vraisemblance comme des syndromes hystériques.

ment relaté. « En égard au grand nombre de malades, hommes et femmes, atteints d'hystérie, dit Cartaz dans son excellente monographie (1), on peut dire que le mutisme est un phénomène relativement rare. On le trouve à peine mentionné dans les travaux anciens... Si l'on voulait dépouiller toutes les observations de néyrose hystérique, si l'on cherchait dans les documents historiques, on trouverait à coup sûr un plus grand nombre de faits qui répondent aux caractères de ce syndrome clinique. »

D'après Landouzy (2), Hippocrate aurait observé le mutisme hystérique. « La femme de Polémaque, ayant une affection arthritique, éprouva une douleur subite de la hanche, les règles n'étant pas venues ; ayant bu de l'eau de bettes, elle fut sans voix toute la nuit jusqu'au milieu du jour : elle entendait, comprenait, elle indiquait avec la main que la douleur était à la hanche (3) ».

La plupart des traités classiques citent l'histoire du fils de Crésus racontée par Hérodote. Crésus avait un fils doué des plus brillantes qualités mais muet. Tous les remèdes s'étaient montrés impuissants pour le guérir. Or Crésus, vaincu par Cyrus, allait être égorgé par un des soldats victorieux lorsque son fils, effrayé du danger qu'il courait, recouvra brusquement la parole, en s'écriant : « Soldat, ne tue pas Crésus (4) ».

Valère Maxime fait mention d'un lutteur nommé Eglis, de

(1) Cartaz. *Du mutisme hystérique*. (*Progrès médical*, 1886).

(2) Landouzy. *Traité de l'hystérie*, 1846.

(3) Hippocrate. *Epidémie*, livre V.

(4) Hérodote, liv. I.

l'île de Samos, qui était muet. A la suite d'une victoire dont on lui refusait injustement le prix, cet homme fut si indigné qu'il proféra tout à coup d'amères récriminations, à la grande surprise des personnes qui connaissaient son infirmité. Il continua, dès lors, à pouvoir s'exprimer (1).

Nous avons recherché dans les auteurs du xvi^e, du xv^e, et du xviii^e siècle les cas que l'on peut rattacher au mutisme hystérique. Les livres du xvi^e siècle ne nous offrent aucun fait intéressant à ce sujet, l'ouvrage d'Ambroise Paré, si riche en curiosités médicales, ne présente rien à signaler.

Avec le xvii^e siècle, nous nous trouvons en présence d'un certain nombre d'observations importantes. L'une d'elles nous semble assez intéressante pour que nous la rapportions intégralement. Il s'agit d'un homme atteint de surdi-mutité hystérique, affection très rare, d'après M. Gilles de la Tourette qui dit à ce propos : « Les cas de surdi-mutité hystérique sont peu nombreux puisque Lemoine, qui ignore le cas de Mendel, paraît n'en avoir pas rencontré dans la littérature (2) ».

*Perte de l'ouïe pendant deux ans et de la parole pendant quatorze
recouvrées subitement*

On ne saurait trop admirer les ouvrages du Tout-Puissant au sujet du corps de l'homme ; car s'il est sujet à des maladies nombreuses et chroniques, Dieu sait les guérir subitement et à l'improviste, quand il lui plaît, quoique par des

(1) Valère Maxime, liv. I. chap. viii.

(2) Gilles de la Tourette. *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*, tome II.

moyens naturels. Nous en avons un exemple frappant dans l'observation suivante qu'un médecin de mes amis avait apprise de son frère.

Un paysan, âgé de quarante ans, appelé Gilbert, était devenu sourd et muet. Comme ce pauvre homme n'était pas fainéant, une veuve qui avait l'oreille un peu dure en eut pitié et le retira chez elle pour y travailler. Il aimait à s'occuper et faisait exactement tout l'ouvrage de la maison.

Après deux ans de travaux et de peines, un jour qu'il faisait un fossé, il entendit le son d'une cloche ; ce qu'il faisait connaître à ses camarades en frappant avec ses doigts. Depuis ce temps-là, il continua de bien entendre.

Douze ans après, étant sorti avec quelqu'un de ses camarades le 12 avril 1680, le jour des Rameaux, la servante de la maison, ferma la porte à son ordinaire, croyant qu'il était rentré et elle s'en alla coucher. Celui-ci étant arrivé trop tard, et trouvant la porte fermée, se retira dans la maison voisine et se coucha dans un grenier à foin. On le pria d'éveiller de bonne heure les domestiques le lundi pour aller au marché. Gilbert donc étant couché dans ce grenier, entendit une voix, à ce qu'il raconta, ou rêva d'avoir entendu ces paroles : « Gilbert, lève-toi et parle ». Il se leva, alla frapper trois fois à la porte de ce voisin, chez qui il était, sans qu'on lui répondit, il alla frapper à celle de sa maîtresse ; la servante, qui s'éveilla, demanda qui c'était ? Il répondit « C'est Gilbert, Dieu m'a rendu la parole ». Cette fille croyant que c'était des libertins ne voulut point ouvrir, cela l'obligea à retourner d'où il venait. La femme, qui se levait alors pour aller au marché, entendit du bruit devant la porte et y courut et, entendant prononcer un nom qu'elle connaissait, dit : « C'est toi Gilbert et tu parles », il répondit en l'embrassant : « C'est Dieu qui m'a rendu la parole, qu'il soit loué et glorifié ». Cette femme était si étonnée qu'elle ne pouvait parler. Mais étant revenue de sa surprise, elle lui demanda comment il avait recouvré l'usage de la parole. Il lui raconta ce qui s'était passé. Le temps

de partir pour cette femme étant venu, Gilbert alla au mari pour lui faire part de son bonheur.

Gilbert épousa la servante avec qui il avait demeuré si longtemps. Il devint valétudinaire et vécut peu de temps marié. Il mourut au mois de mars de l'année 1681.

On ne saurait douter de la véracité de cette histoire puisque, dans le besoin, cent personnes l'attesteraient véritable (1).

Personne ne peut mettre en doute aujourd'hui la bonne foi de l'observateur, mais il est inutile de faire intervenir la divinité dans cette guérison, si extraordinaire puisse-t-elle paraître. Le paysan Gilbert était très vraisemblablement atteint de surdi-mutité, puis de mutité hystérique. Les accidents de cette nature se prolongent pendant des années sans amener aucune altération dans les organes. Puis un jour ou l'autre, brusquement, sous l'influence d'une vive émotion, d'un traumatisme, d'une contrariété ou d'une cause inconnue, ils peuvent disparaître instantanément sans laisser de traces. La guérison semble être survenue ici à la suite d'un rêve, cela se voit quelquefois. Indépendamment de la coexistence pendant deux années de la surdité et du mutisme hystérique, cette observation est remarquable par la durée du mutisme qui est de quatorze années. Les cas de mutisme les plus prolongés cités par les auteurs sont ceux de Pitres, dix ans, et de Sédillot, douze ans.

Il est curieux de transcrire l'explication que donne de cette guérison le médecin du xvii^e siècle.

(1) *Observations rares de medecine, d'anatomie et de chirurgie, traduites du latin de M. Vander-Wiel, par M. Planque, docteur en médecine, liv. II obs. V, 1698.*

Ne peut-on pas attribuer le rétablissement de l'ouïe aux efforts que faisait Gilbert en creusant la terre. Le mouvement, qu'il se donnait en travaillant, agitait le sang, le brisait, le rendait plus fluide et les nerfs auditifs n'ayant plus que des esprits affinés, se trouvèrent désobstrués et si ce paysan entendit avant que de parler, c'est parce que l'obstruction des nerfs auditifs n'était point si grande que celle des nerfs de la langue. C'est pourquoi la matière visqueuse qui embarrassait le passage des esprits d'un côté a plutôt été dissoute et atténuée que de l'autre.

Ce qui n'a pas peu contribué encore à lui rendre la parole, c'est la joie qu'il avait de se trouver avec ses camarades et le vin qu'il avait bu qui lui avait donné de la gaieté. Les esprits en étaient devenus plus agités et plus subtils. Peut-être aussi, d'un autre côté, se croyait-il dans son sommeil avec ses compagnons dans quelque action violente, qui mettait les esprits en mouvement (car c'est pendant le sommeil qu'ils sont en plus grande abondance intérieurement puisqu'ils ne sont pas dissipés par les sens externes).

On trouve dans Bartholin une histoire à peu près analogue. L'illustre médecin danois rapporte qu'un citoyen de Copenhague avait perdu complètement la parole et ne pouvait plus émettre aucun son. Quatre ans après le début de son affection, il passait un jour sur un pont de bois qui sépare la ville, lorsqu'il rencontra une vieille femme qu'il détestait depuis longtemps. Plein de colère et de haine, il s'écria brusquement : « Que le diable t'emporte ». Le son de sa voix lui causa une émotion extrême et il fut fort mortifié d'avoir commencé à faire usage de sa langue par une imprécation.

« Il est probable, dit Bartholin, qu'un grumeau de sang ou une pituite épaisse s'était arrêté à l'entrée de l'artère de la langue et avait comprimé les nerfs voisins, mais que le mou-

vement de colère, où il s'était mis, avait agité le sang, l'avait brisé et avait détruit l'obstacle (1) ».

Cette aphonie totale, guérie subitement par un violent accès de colère, ne peut relever que de l'hystérie. Elle répond à la magistrale description de Charcot : « Bien que le malade ait conservé l'exécution intégrale des mouvements vulgaires de la langue et des lèvres, qu'il puisse mouvoir ces organes avec agilité dans toutes les directions de façon à souffler, siffler, comme dans l'état normal, il lui est désormais impossible d'articuler un mot même à voix basse, de chuchoter autrement dit, et qui plus est, même en y apportant la plus grande attention, d'imiter les mouvements d'articulation, qu'il voit faire devant lui. Le malade est donc muet dans l'acception la plus rigoureuse du mot, en ce sens qu'il ne peut proférer aucune parole. J'ajouterai qu'il est plus que muet ; car tandisqu'il est possible au sourd-muet de pousser des cris même violents, le muet hystérique — remarquez bien ce caractère singulier — est *aphone* le plus souvent d'une façon absolue, au point de ne pouvoir émettre le moindre cri (2) ».

Les *Ephémérides des curieux de la nature*, ans IX et X, 1678 et 1679, relatent un cas de mutisme hystérique intermittent remarquable par sa systématisation et sa durée.

Georges Algajer, âgé de vingt-cinq ans, perdit peu à peu la faculté de parler à la suite de maux de cœur suivis de plusieurs vomissements. L'extinction de la voix n'était d'abord que

(1) Th. Bartholin. *Act. Hafnia*, 1671, obs. 71.

(2) *Œuvres complètes* de J.-M. Charcot, publiées par Bourneville, t. III.

momentanée, ensuite elle persista, se prolongeant davantage de jour en jour jusqu'à une heure, trois heures, huit heures, vingt-trois heures de suite sans régularité. Enfin le retour de la parole garda un ordre si constant que depuis quatorze ans, le malade ne pouvait parler que pendant une heure, depuis midi jusqu'au commencement de la première heure du soir. D'après l'auteur, il était impossible de tromper cet homme par la transposition arbitraire des heures sur le cadran des horloges ; quoiqu'on fit, son accès de mutisme ne revenait jamais qu'à l'heure véritable. Pendant le temps qu'il avait l'usage de la parole, Algager répondait à toutes les demandes et parlait sur tous les sujets avec netteté et précision, il lisait même à haute voix, mais dès qu'une heure de l'après-midi était arrivée, il lui était impossible de se faire entendre autrement que par signes.

Cette observation du mutisme intermittent et analogue à celle très classique de Mendel, où le malade parlait tous les jours de six à neuf heures du matin et restait muet tout le reste de la journée (1).

La collection de l'*Histoire de l'Académie royale des Sciences* contient un certain nombre de faits du même genre. Voici un cas intéressant datant de 1700.

Une fille, âgée de vingt à vingt-deux ans, d'un bon tempérament, après une fièvre intermittente qu'on arrêta par les remèdes ordinaires, fut atteinte d'une extinction de voix qui lui dura sans interruption pendant un an et demi. Les remèdes qu'on a coutume de faire pour cette incommodité ne la soulagèrent pas ; seulement quand on lui faisait prendre le demi-bain, elle recouvrait quelquefois la parole dans l'eau, mais avec beaucoup d'enrouement. Quand elle avait la fièvre, elle parlait dans le chaud. M. Lemery, qui avait ordonné plusieurs remèdes qui délivrèrent la malade de

(1) Pitres. *Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme*, t. I.

quelques incommodités restées après la fièvre mais non pas de son extinction de voix, en ordonna un, presque par hasard qui fit un effet étonnant. Ce furent des herbes vulnéraires en guise de thé.

Dès qu'elle en eut pris la première fois, sa voix revint pour une demi-heure, puis s'éteignit de nouveau. Mais en continuant l'usage de cette infusion soit chaude, soit froide, elle fit revenir la parole peu à peu de sorte qu'elle ne la perdait plus que le soir, principalement si elle se promenait au frais, mais enfin dans ce cas-là même, elle en était quitte pour prendre deux cuillerées de ses vulnéraires. A peine a-t-elle cessé de boire qu'elle parle.

On a cru que la vertu des vulnéraires pouvait n'être que celle de l'eau chaude, mais elle a bu plusieurs fois de l'eau chaude inutilement. Les décoctions d'herbes qui abondent en acides et même le café, le chocolat, la salade, les fruits crus, le poisson, la soupe maigre, le trop d'intervalle entre le temps où elle mange lui éteignent la voix. La viande, le lait ni le vin ne font point cet effet. Elle porte toujours une bouteille de son infusion de vulnéraire, pour s'en servir dans l'occasion et elle dit qu'elle a sa voix dans sa poche (1).

Cette observation de Lemery père conduisit plus tard son fils à employer le même traitement dans le cas suivant. Le résultat fut également excellent, et il est bien permis de penser que la suggestion seule avait occasionné ces deux cures merveilleuses de mutisme.

Une fille âgée de vingt-quatre ans est sujette depuis l'âge de seize ans à une extinction de voix qui lui prend dans le temps de ses règles et lui dure deux ou trois jours. pendant lesquels elle use fréquemment d'une tisane de chiendent et de coquelicot. Cette boisson humecte la poitrine qui en a grand besoin, mais sans lui rendre la voix qui ne revient

(1) *Histoire de l'Académie royale des Sciences*, 1707.

que quand les règles sont passées et paraît revenir d'elle-même. Un coup qui lui cassa le bras dans le temps de ses règles et un chagrin vif qu'elle eut en même temps les arrêtaient et lui causèrent des étouffements et des vapeurs violentes. Elle en fut guérie par un grand nombre de saignées du bras, du pied, par l'émétique et par plusieurs médecins, mais l'effet de tous ces remèdes fut suivi d'une extinction de voix continue. A peine se faisait-elle entendre quoiqu'on approchât l'oreille tout près de sa bouche ; pour peu qu'elle parlât elle en était si fatiguée qu'elle était obligée de s'arrêter, elle sentait un poids considérable à la région de l'estomac et elle ne pouvait se donner le moindre mouvement sans perdre presque la respiration. Elle était bien réglée, mais toutes ses incommodités redoublaient dans ce temps-là. Du reste elle avait le visage bon, de l'appétit et faisait bien toutes les autres fonctions.

Cet état dura trois mois malgré tous les remèdes qu'on put imaginer. Enfin M. Lemery, sur l'exemple d'une pareille observation rapportée en 1700 et guérie par feu monsieur son père avec des vulnéraires pris en infusion, en ordonna à la malade. Dès qu'elle eut pris une seule tasse, sa voix revint forte et vigoureuse et telle qu'elle était avant la maladie ; plus d'oppression ni de difficulté d'agir et de se mouvoir et une circonstance singulière qui accompagna encore une guérison si subite, c'est que le poids que cette fille se sentait à l'estomac, elle le sentit dans le moment se précipiter sur le nombril où il s'arrêta (1).

Avec le XVIII^e siècle nous rencontrons du reste des documents de plus en plus nombreux. Bonet raconte qu'un pasteur se trouva muet en sortant d'un profond sommeil et que quatorze jours après, rêvant qu'il se noyait et appelait au secours, le malade s'éveilla dans ce trouble et se servit de

(1) *Histoire de l'Académie royale des Sciences*, 1719.

sa propre voix pour rendre grâce à Dieu (1). N'est-ce pas là un cas semblable à celui de Bateman : un malade, aphasique depuis six jours, se réveille un matin en criant : *A man the river* ; il avait rêvé qu'un homme était tombé dans la rivière et le choc mental produit par ce rêve avait suffi pour lui rendre la parole (2).

Dans une lettre adressée à l'Académie des sciences (3), M. le comte de Bièvre garantit avoir observé le fait suivant :

Une paysanne du bourg de Villantroy, en Berry accoucha dans l'été de 1737 ; mais l'arrière-faix ne vint point après l'enfant. Quelques jours ensuite la parole lui manqua. Quoiqu'elle ne fût pas délivrée, la santé lui revint et elle se remit à travailler dans son ménage comme à l'ordinaire, à cela près qu'elle gardait un profond silence. Au bout d'un mois, il arriva un accident qui la mit tout d'un coup dans une telle colère contre son mari, qu'elle en recouvra la parole pour le gronder et, apparemment, il fut bien repentant. Depuis ce temps elle parle aussi souvent et aussi librement qu'avant ses couches, ayant toujours son arrière-faix dans le corps. Il y a là bien de l'extraordinaire et de plus d'une espèce.

Il semble assez vraisemblable que nous sommes ici en présence d'un cas de mutisme hystérique occasionné par l'accouchement. Bien que l'accouchement soit un fait physiologique, il n'en est pas moins quelquefois un agent provocateur de la névrose en raison du très grand traumatisme produit, ainsi que l'indique Macario (4).

(1) *Médecin. septent. lib. de Pect. affect.*

(2) Carlaz. *Du mutisme hystérique*. (*Progrès médical*, 1886).

(3) *Histoire de l'Académie royale des Sciences*, 1738.

(4) Macario. *Des paralysies dynamiques ou nerveuses*, 1859.

Nous n'avons pas l'intention de citer ici toutes les observations de mutisme hystérique que nous ont laissées les auteurs du XVIII^e siècle ; la plupart sont reproduites dans les traités classiques contemporains. Rappelons cependant le fait si typique de Watson, cité par Briquet : une jeune femme, après une attaque d'hystérie convulsive, perdit la parole et resta absolument muette pendant quatorze mois. Durant ce temps elle n'eut pas de nouvelles attaques convulsives et jouit d'une parfaite santé. Un soir qu'elle s'était fortement échauffée en dansant pendant quatre heures, elle recouvra la parole et continua dès lors à parler. (1)

Les faits que nous venons de rapporter indiquent surabondamment que le *mutisme hystérique* a été observé de tout temps. Il appartenait au XIX^e siècle d'en élucider la nature et d'en étudier les caractères pathognomoniques. La lumière est faite aujourd'hui sur ce point. L'attrait du merveilleux est cependant si grand que nos contemporains du XX^e siècle s'extasient encore devant l'« histoire miraculeuse » qui remplit les journaux anglais du mois d'avril 1901.

Il s'agit d'un matelot français, nommé Jean Mafurlin, qui, il y a quatorze ans, vint à tomber du haut d'un mât dans la rade de Portsmouth et séjourna sous l'eau pendant une dizaine de minutes. Lorsqu'on le ramena à demi-mort à la surface, le malheureux se trouva avoir complètement perdu l'usage de la parole. On le soigna et un jardinier de Barking le prit à son service.

Il est à noter que Jean Mafurlin, au moment de sa chute ne connaissait que quelques mots d'anglais, mais parlait couramment, outre le français, l'italien et le portugais.

(1) Watson. *Philosoph. trans.* vol XIV.

Donc l'infortuné était depuis quatorze ans au service d'un jardinier et depuis quatorze ans il était muet, lorsque il y a quelques jours, il subit une *forte commotion* à la suite d'un coup de canon qui fut tiré brusquement près de lui. La commotion lui rendit presque instantanément la parole et Jean Marfulin se mit à parler anglais, français, italien et portugais. L'anglais lui est même maintenant plus familier que les autres langues qu'il a en partie oubliées.

Ce fait, qui défraya la chronique des gazettes des deux mondes, n'est pas difficile à expliquer, Jean Mafurlin avait été atteint de mutisme hystérique à la suite d'une violente émotion ; une autre émotion l'a guéri.

Une pareille chose ne saurait nous surprendre. C'est le propre des affections hystériques de survenir et disparaître avec une égale brusquerie. « Les accidents hystériques, dit Pitres, peuvent être soudainement provoqués, modifiés ou supprimés par des influences psychiques ou par des causes physiques qui n'ont aucune action sur les accidents similaires dépendant des lésions organiques... L'hystérie est la grande pourvoyeuse des cures imprévues et extraordinaires. Même dans les cas qui paraissent les plus invétérés, une émotion morale vive, une frayeur, une colère, une contrariété, un chagrin, une joie peuvent provoquer tout à coup la guérison. »

A propos du cas de Jean Mafurlin observé au xx^e siècle il n'est sans doute pas inutile de rappeler celui de Gilbert au xx^e siècle ; tous les deux peuvent être mis en parallèle. Le plus intéressant pour le philosophe est de comparer les interprétations du même fait émises à plus de deux siècles d'intervalle.

*
* *

Avant de commencer l'étude détaillée de cette forme de mutisme nous allons nous efforcer d'en donner une idée d'ensemble en nous inspirant du grand maître de la Salpêtrière Charcot.

Disons tout d'abord que le mutisme hystérique n'est pas une affection extrêmement rare et qu'il fait partie pour ainsi dire des syndromes de la maladie tout en étant une véritable complication.

Son début est soudain le plus souvent il peut être cependant précédé de certains prodromes rangés parmi les phénomènes généraux de la maladie (étourdissements, bourdonnements d'oreille, céphalé, etc.) ou bien encore certaines modifications se rapportant directement à la fonction du langage. Charcot en effet dans ses merveilleuses leçons du mardi montrait à son auditoire un de ces malades en état de mutisme hystérique et qui, avant de devenir complètement silencieux avait passé par une phase de bégaiement, de lenteur, d'incertitude dans le langage et qui progressivement avait ainsi perdu l'usage de la parole.

On voit donc que ce début quoiqu'ordinairement soudain peut cependant avoir un stade prémonitoire. Quoiqu'il en soit, la cause de ce trouble survenant au cours de l'hystérie est d'ordre émotif : une peur, une grande peine, un grand chagrin, une commotion morale quelconque ; dans la suite de cette étude nous verrons l'exemple d'un malade retombant cinq fois de suite dans son mutisme toutes pour des raisons

d'ordre affectif. On a même noté des cas de mutisme hystérique pendant l'atteinte d'une laryngite vulgaire (Charcot).

La durée du mutisme hystérique est essentiellement variable quelques jours, quelques semaines, quelques mois et même quelques années, mais il est toujours interrompu par des périodes où le malade recouvre la faculté du langage.

Etudions maintenant les caractères primordiaux de cette forme de mutisme, caractères que nous retrouverons dans la suite. Comme premier grand caractère citons d'abord l'aphonie, que Charcot s'est efforcé de mettre lui-même en lumière, comme second grand caractère l'absence d'agraphie c'est-à-dire cette faculté exagérée même que possède le malade de suppléer par l'écriture à la fonction de son langage supprimé.

Pour ce qui est du premier caractère le muet hystérique non seulement ne peut plus élaborer une phrase, articuler un mot mais il ne peut même plus émettre de son larynx le moindre son, pas même le plus petit chuchotement. En analysant ce phénomène il a été constaté en effet qu'il n'est pas dû à une altération de l'organe de phonation, les cordes vocales ne sont nullement touchées, elles peuvent, physiologiquement parlant, rentrer en vibration, cette aphonie est surtout le fait d'un véritable état *d'inhibition*. L'hystérique ne pourra même pas articuler un mot, même à *voix basse*.

Le malade nous venons de le voir ne peut même pas chuchoter et ceci non pas seulement à cause de cette aphonie mais encore parce qu'il lui manque « les représentations

motrices nécessaires pour la mise en jeu du mécanisme de la parole articulée ».

Le second caractère avons-nous dit est cette conservation du pouvoir de transmettre par écrit sa pensée, de ce caractère nous déduirons l'état mental du muet hystérique. Pour nous appuyer de suite sur un exemple nous ne pouvons pas mieux faire que de citer cette histoire d'un hystérique, de nationalité espagnole et qui était venu se faire examiner par Charcot à cause d'un mutisme dont il était déjà atteint depuis quelque temps.

Au cours de son examen le grand maître prie son malade de lui tracer par écrit l'histoire de son affection et aussitôt le patient lui fit *en français*, le récit *détaillé* de son mal.

Cette histoire nous montre bien clairement l'état mental de notre individu qui non seulement raconte sa maladie mais encore tout étranger qu'il est, se sert d'une langue autre que la sienne. Le muet hystérique écrit en effet avec une très grande facilité « il semble acquérir pour manier la plume une dextérité qu'il n'a pas dans les conditions ordinaires ». C'est un aphasique, un aphasique moteur absolu mais il n'est pas agraphique comme pourrait l'être le muet mélancolique ou catatonique surtout dans les formes avec stupeur.

Il n'a pas non plus de surdité verbale car il nomme bien tous les objets qu'on lui présente sans en perdre la signification de ce qui précède nous pouvons établir de suite l'état psychique de l'hystérique atteint de mutisme. C'est un être intelligent qui comprend, saisit tout. Et en effet pour élabo-

rer, construire une phrase quelconque que ce soit verbalement ou par écrit il faut que le pouvoir de synthétiser ne soit frappé d'aucune altération et c'est ce qui existe chez le genre de malades que nous étudions. Chez eux toutes les facultés d'idéation, de conception, de coordination des idées, sont conservées, elles seraient même exaltées par cette surprenante facilité qu'ils manifestent dans leurs réponses écrites. Il n'est plus question ici de ce déchu moral, de cet inhibé psychique qu'est le mélancolique avec stupeur par exemple, chez les muets hystériques toute compréhension est conservée, les réponses sont toute prêtes mais ils ne peuvent les énoncer par une sorte de *phénomène d'arrêt* (Sollier), phénomène que Charcot regarde comme un grand signe de mutisme hystérique car comme nous l'avons vu le malade n'est pas plus atteint de surdité verbale que de cécité verbale car il comprend ce qu'il entend et ce qu'il lit, témoin cet hystérique muet de Charcot qui lui montrait une pancarte sur laquelle il y avait cette inscription : « Consultation gratuite » et qui de suite en donna l'explication en *écrivant* « ce sont des médecins qu'on ne paye pas ».

Mais à parler de surdité et de cécité verbale on pourrait penser à une aphasie organique banale, quelconque. Mais loin de là est notre pensée et nous voulons au contraire établir la différence entre l'aphasie d'origine organique et le mutisme hystérique. Chez les aphasiques organiques l'agraphie se rencontre le plus souvent ou si le malade peut arriver à tracer quelques caractères ce ne sera jamais avec cette

précision, cette dextérité, cette intelligence dans les réponses du muet hystérique.

De plus un autre caractère distinctif découle de l'étude de la mimique. Il ne sera pas facile sinon impossible de communiquer par gestes avec un aphasique organique « demandez-lui de fléchir la tête si la réponse doit être affirmative, de la mouvoir latéralement si elle est négative et vous verrez combien il vous sera difficile de vous entendre avec lui, presque toujours au moment de répondre il se perdra dans la manifestation des gestes compliqués, intempestifs, auxquels vous devez renoncer bientôt à rien comprendre. » (Charcot).

Le muet hystérique procède d'une toute autre façon. sa mimique est bien le reflet de son entendement, elle est intelligente, facilement compréhensible sans égarement ni dérogation de gestes elle est en un mot pleinement en rapports à l'interrogatoire.

Nous allons maintenant reproduire une observation de MM. Sollier et Gilbert-Ballet à propos d'une malade atteinte subitement de mutisme mais qui exceptionnellement, était frappée d'agraphie.

OBSERVATION I

Sollier et Gilbert Ballet.

Mme Mathilde V. âgée de 33 ans employée d'une fonderie de caractères d'imprimerie, se présente le 13 novembre à la consultation externe de l'Asile Clinique. Avant de donner des détails sur son histoire, voici les notes que nous avons recueilli-

lies immédiatement dans la crainte de ne plus revoir la malade et qui donneront son état avant tout traitement. Elle se présente à nous en nous indiquant par des gestes de la main qu'elle est incapable de parler. La personne qui l'accompagne nous raconte que cela a débuté le 10, brusquement à son atelier d'où on l'a ramenée chez elle.

L'aphonie est complète *le mutisme absolu*. On constate de l'hémispasme de la langue dont la pointe est déviée à droite. Les deux premiers jours elle aurait eu de l'hémispasme de la face qui était contractée à gauche et il existait encore un spasme du pharynx qui rendait la déglutition difficile, sans qu'il y eut toutefois rejet du liquide par les fosses nasales.

On ne constate aucune modification bien spéciale de la sensibilité générale à la piqure, au chatouillement, à la température. Les réflexes rotuliens sont un peu exagérés. Le réflexe pharynxien est sensiblement diminué.

PAROLE.

La malade est absolument incapable d'articuler un mot et même d'émettre aucun son. Il y a donc à la fois mutisme et aphonie. *Mais elle comprend très bien ce qu'on lui dit.* Elle obéit très correctement à tous les ordres qu'on lui donne, désigne exactement tous les objets qu'on lui demande.

LECTURE.

Elle lit et comprend bien ce qu'elle lit. A aucun moment elle n'a cessé de lire depuis qu'elle est malade et elle emploie même son temps à cela pour s'occuper. Elle ne paraît éprouver ni difficulté ni fatigue, nous dit sa fille. Elle lit aussi facilement l'imprimé que le manuscrit.

ECRITURE

« Songeant immédiatement à un cas de mutisme hystérique, continuent les auteurs, nous lui demandons de nous raconter son

histoire par écrit. Mais nous constatons qu'elle est frappée d'agraphie presque sous toutes ses formes, sa fille nous dit qu'autrefois elle écrivait bien et mettait même assez correctement l'orthographe. Aujourd'hui elle hésite longuement avant de tracer les lettres, écrit des lettres pour d'autres, en saute, se reprend et finalement se déclare incapable de faire ce qu'on lui demande ».

Puis la malade est soumise à nouveau à d'autres examens (addition, multiplication correctement faites, division incomplète) Enfin la malade les jours suivants perd son aphonie et peut épeler les voyelles a, e, i, o qu'elle prononce : a, té, ti, o, tu ou pu. Pour les consonnes b = te, c = te f (impossible à prononcer) g = te. h = a, j = ti, k = kâ, l = elt, m (impossible) p = pé ; q = tu, r = o, t = ti, v = pé, x = o, z = o.

Lecture absolument impossible.

PAROLE

« Elle arrive, continuent ces mêmes auteurs, à répondre à nos questions : « Peux pas » On lui présente une plume et on lui demande ce que c'est elle nous fait signe qu'elle le sait très bien, mais elle est incapable de nommer l'objet. On lui dit c'est une plume, répétez « plume ». Elle fait des efforts et arrive à dire « Pepe, pepe ». De même pour encrier, elle dit « Peté, Peté » et pour règle « Té, Té ». Elle ne peut dire ni oui, ni non et dit « Té, Ti ».

Le premier examen se passait le 13 septembre et voici 13 jours après, c'est-à-dire le 26 septembre le résumé de l'observation portant cette date.

La malade prononce tous les mots et nomme correctement les objets qui lui sont présentés. Elle a recouvré le souvenir des mots mais garde encore une certaine difficulté d'articulation surtout pour les lettres c et r les autres lettres sont énoncées correctement. Enfin le 4 octobre la parole est complète, sans bégaiement, ni tremblement mais demeure saccadée.

Il est à noter que cette malade présentait une paralysie faciale droite.

Que s'est-il passé chez cette femme. Il est intéressant de mentionner un trouble particulier et que MM. Sollier et Gilbert Ballet ont décrit les premiers à savoir la *scansion de la parole*, trouble venant et tenant du côté de la langue et dont la disparition était concomitante à celle de la scansion. La malade offrait le tableau de la difficulté de synthèse et de représentation mentale, ce défaut de synthèse se manifestait nettement dans les exercices de calculs. « Tandis que la malade était incapable de faire correctement une addition de quatre nombres, elle pouvait additionner les mêmes nombres en les partageant en deux groupes. Une multiplication par le chiffre 6 était correcte, tandis que par le chiffre 9 était impossible ». Enfin MM. Gilbert Ballet et Sollier nous disent avoir suivi les progrès mentaux de cette malade et avec eux nous dirons qu'ils étaient dus « plus au retour du pouvoir de la synthèse psychique qu'au retour de la faculté d'évoquer les images visuelles ».

CARACTÈRES DU MUTISME HYSTÉRIQUE.

Le mutisme hystérique nous l'avons vu débute brutalement sans aura, sans prodromes telle la malade de MM. Gilbert Ballet et Sollier. Le sujet subitement perd l'usage de la parole sans qu'aucuns signes précurseurs lui ait fait prévoir un tel événement. Souvent ce mutisme dans son début s'accompagne de stigmates ou signes hystériques (paralysie faciale, anesthésies). Ce mode de début effraie le malade et son entourage et peut faire croire à l'écllosion d'une affection grave, systématisée. Contrairement aux autres sortes de mutismes que nous avons étudié et qui eux surviennent ou progressivement ou bien n'étonnent personne car ils apparaissent chez des êtres dont la vésanie a été nettement établie, le mutisme hystérique apparaît chez un individu sain d'esprit, chez un être qui n'aura pas présenté de tares sérieuses de l'esprit et dont le jeu des facultés aura été normale jusqu'alors.

Voilà donc un premier caractère bien établi du mutisme hystérique : début brusque chez un individu normal. Le second caractère a sa puissance de répétition ou pour mieux nous expliquer *son intermittence*.

Le muet hystérique peut guérir, retomber dans son silence et cela 6 ou 7 fois de suite. Charcot montre un de ces malades à sa clinique du mardi. Le grand maître nous le représente cependant comme ayant eu certains prodromes avant de tomber dans son attaque de mutisme (étourdissements, serremments de cou, bruits dans les oreilles, battements dans les tempes) simulant la forme d'apoplexie hystérique car le malade était tombé sans connaissance contrairement au début ordinairement brusque du mutisme hystérique. Nous croyons intéressant pour donner une idée exacte du caractère de répétition du mutisme hystérique de donner ici un tableau pris par Charcot lui-même.

1^{re} attaque en 1884 peu après la disparition de sa femme qui emportait une somme de 22.000 francs provenant d'un héritage. Durée du mutisme : 7 mois.

2^e attaque en 1884 deuxième disparition de sa femme qui emportait un second semestre de rente : Durée 3 mois.

3^e attaque en 1885 à la suite de perte d'un emploi : Durée 5 mois.

4^e attaque en 1887 3^e fugue de sa femme qui emportait de nouveau avec elle un semestre de rente : durée 4 mois.

5^e attaque en 1888 à la suite d'une querelle : Durée 5 mois. (Charcot).

De ce tableau nous allons dégager un troisième caractère du mutisme hystérique c'est que non seulement il est entrecoupé de guérisons et de récidives mais encore il est toujours provoqué ou réveillé par une cause d'ordre affectif. Ce malade nous le prouve et peut-être que si cet homme avait eu l'existence tranquille, exempte de toutes secousses, il n'aurait pas eu ces crises successives et nous le voyons au contraire ayant à souffrir dans son affection par sa femme, dans ses intérêts ; chaque événement douloureux est pour lui un ébranlement général de tout son système nerveux.

Le mutisme hystérique peut apparaître chez des malades dont les antécédents personnels et héréditaires sont exempts de toute tare vésanique il peut aussi éclater chez un individu dont la famille aura présenté de nombreux stigmates d'aliénation mentale. Nous reproduisons ici à ce propos un tableau établi par Charcot lui-même.

*Arbre généalogique du nommé P....
Mutisme hystérique*

CÔTÉ PATERNEL		CÔTÉ MATERNEL	
GRAND-PÈRE (inconnu)	GRAND-MÈRE morte à 31 ans d'attaque d'apoplexie	GRAND-PÈRE mort à 75 ans d'un ramollissement du cerveau qui a duré 6 mois	
PÈRE mort dans un acte de dévouement (1)	ONCLE suicidé	ONCLE hémiplegique	MÈRE morte de maladie aiguë
FRÈRE tué au Sénégal	FRÈRE paralysie général progressive	NOTRE MALADE mutisme hystérique	

Nous avons bien là un tableau assez éloquent renfermant un cas de mutisme hystérique, chez un malade dont les proches présentaient tous une tare cérébrale.

En résumé nous dirons que le mutisme d'origine hystérique est un mutisme ou un trouble essentiellement lui aussi d'origine psychique et que d'après Charcot la lésion *dynamique* se trouve dans l'écorce grise des hémisphères c'est-à-dire là où s'élaborent tous les phénomènes et que ces dits phénomènes que nous venons d'étudier sont des faits de paralysie purement psychique, purement mentale.

(1) Acte de dévouement admirable mais touchant presque à la folie. Lors du fameux accident du pont d'Anger, X' a sauvé de la mort en se précipitant dans le fleuve 10 soldats emportés par le courant il a été entraîné par le 11° et a succombé. (CHARCOT. *Leçons du mardi* 1881-88).

CONCLUSIONS

Le mutisme d'origine psychique est un élément important de diagnostic dans les maladies mentales. Il peut également guider l'aliéniste dans le pronostic de certaines vésanies et être un avertisseur précieux au point de vue de la conduite à tenir autour de certains malades. Il peut être :

1° Absolu.

2° Relatif.

3° Continu.

4° Intermittent.

5° Volontaire.

6° Involontaire.

On peut le rattacher :

1° à une inhibition psychique.

2° à des hallucinations verbales ou psycho-motrices.

3° à du négativisme.

4° à des idées de persécution.

5° à des idées hypochondriaques.

6° à une déchéance mentale profonde.

D'après toutes ces causes on le retrouve le plus souvent dans les affections suivantes :

1° La mélancolie affective (forme stupide).

2° La folie intermittente (état dépressif et forme stupide).

3° La démence précoce (stupeur catatonique).

4° La confusion mentale.

5° Les délires de persécution (mutisme volontaire ou par hallucinations psycho-motrices).

9° La paralysie générale.

7° La débilité mentale.

8° L'hystérie.

Telles sont les affections où l'on a constaté le plus souvent le mutisme d'origine psychique ce dernier variant de mécanisme d'après les différentes formes de maladies mentales auxquelles il appartient.

Vu : *Le Président de la thèse,*
GILBERT BALLET.

Vu : *Le Doyen,*
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- Gilbert-Ballet.** — Traité de pathologie mentale.
Sollier. — Guide pratique des maladies mentales.
Séglas. — Les troubles du langage chez les aliénés.
Régis. — Précis de psychiatrie.
Chaslin. — Confusion mentale.
Masselon. — La démence précoce.
Deny et Camus. — La psychose maniaque dépressive.
Marchand. — Traité des maladies mentales.
Dufour. — Séméiologie des maladies mentales.
Charcot. — Leçons du mardi.
Rogues de Fursac. — Manuel de Psychiatrie.
-

ANGOULÊME

IMPRIMERIE L. COQUEMARD & C^{ie}
